

LEÇONS CLINIQUES

SUR LES

MALADIES DES FEMMES

TOURS. — IMPRIMERIE ROUILLÉ-LADEVÈZE
6, rue Chaude

LEÇONS CLINIQUES

SUR LES

MALADIES DES FEMMES

THÉRAPEUTIQUE GÉNÉRALE

ET

APPLICATIONS DE L'ÉLECTRICITÉ A CES MALADIES

PAR

Le Dr A. TRIPIER

LÉSIONS SIMPLES DE NUTRITION DE L'UTÉRUS
LÉSIONS DE SITUATION ET DE FORME : VERSIONS ET FLEXIONS
TUMEURS FIBREUSES. — MÉDICATIONS INTRA-UTÉRINES
HYSTÉROPATHIES LOCALES. — THÉRAPEUTIQUE ÉLECTRIQUE
HÉMORRHAGIES. — HYSTÉRIE. — ARTHRITISME
L'ÉLECTRICITÉ EN OBSTÉTRIQUE. — OVARIOSTOMIE

Avec figures dans le texte

PARIS
OCTAVE DOIN, ÉDITEUR
8, PLACE DE L'ODÉON, 8
1883

—

AVANT-PROPOS

Ce n'est pas précisément un *Cours de Gynécologie* qu'on trouvera dans ce volume ; sans quoi je n'en eusse pas offert le manuscrit à l'éditeur de l'excellent *Traité* de M. de Sinéty.

En détachant de mes cours d'*Électrologie médicale* les leçons consacrées aux maladies des femmes, en y introduisant avec quelques développements des chapitres qui pourraient, à première vue, paraître des hors-d'œuvre, j'ai eu surtout en vue la *Thérapeutique*. Insistant le moins possible sur la pathologie descriptive, qu'on trouve fort bien traitée un peu partout, j'ai pu appuyer plus qu'on ne le fait d'ordinaire sur la pathogénie, introduction nécessaire aux spéculations thérapeutiques rationnelles.

Réservant les opérations que réclament les fistules vaginales et celles auxquelles la gastrotomie sert d'introduction, on peut, je crois, affirmer qu'il restera bien peu de chose des pratiques usuelles de la gynécologie

courante. Il me sembla, il y a vingt-cinq ans, que l'intervention d'un modificateur qui permet de disperser ou de localiscr étroitement, et de doser avec sécurité les actions à exercer sur la contractilité et la neurilité devait conduire à modifier profondément, sinon à renouveler complètcment un répertoire presque toujours insignifiant, trop souvent ridicule, quelquefois malfaisant. Amené par l'expérience à mieux préciser les indications que j'avais formulées d'abord, à en restreindre le champ par certains côtés, à l'étendre par d'autres, à faire successivement intervenir d'autres moyens là où les ressourccs dont je disposais au début s'étaient trouvées en défaut, jc me suis vu conduit à faire face plus directement à des indieations de plus en plus nombreuses. Formé d'abord par la réunion d'une série de travaux originaux indépendants les uns des autres, ce cours est donc arrivé à comprendre un cnsemble de pratiques assez cohérent pour en permettre la réunion en un volume suivi, auquel, si jc n'eusse tenu à lui eonserver la forme sous laquelle il a été présenté durant vingt ans d'enseignement elinique, j'eusse pu donner le titre de *Précis thérapeutique de gynécologie journalière.*

LEÇONS CLINIQUES

SUR LES

MALADIES DES FEMMES

PREMIÈRE LEÇON

La Thérapeutique gynécologique
Lésions simples de nutrition de l'utérus

SOMMAIRE : Objet du cours. — Matière de la thérapeutique utérine : spéculum, douches, injections intra-utérines, caustiques potentiels, cautère actuel, agents mécaniques de redressement, gastrotomie.

Du rôle des lésions de nutrition et de celui des lésions de situation en pathologie utérine.

Des lésions simples de nutrition. — Conditions mécaniques des circulations locales à l'état physiologique et à l'état pathologique. — Hyperémie et anémie. — Congestion et stase.

MESSIEURS,

Après avoir envisagé, dans la *Physique*, puis dans la *Chirurgie* de l'électricité des phénomènes de cet ordre communs à la nature brute et à la nature vivante, j'avais l'habitude, dans les cours d'*Électrologie médicale* qui se font ici chaque année, d'aborder l'*Électrophysiologie*, qui nous servait d'introduction à la *Pathologie* et à la *Thérapeutique médicales*. Dans ce plan général, une assez large part était faite aux maladies des femmes ; mais leur étude s'y trouvait, non sans quelques inconvénients, dispersée dans divers chapitres de thérapeutique interne et de chirurgie. Or, quelque logiques que puissent être certaines séparations au point de vue des classifications nosographiques

ou thérapeutiques, elles deviennent souvent une entrave lorsqu'on se trouve, en présence des réalités de la clinique, appelé à interpréter des phénomènes complexes et mobiles en vue de leur opposer des méthodes de traitement variées, des procédés dissemblables. D'un autre côté, la part tous les jours plus large que j'ai, depuis vingt ans, faite à l'électricité dans le traitement des maladies de l'appareil génital de la femme, l'importance prépondérante qu'a prise dans ce dispensaire la pratique gynécologique, enfin le besoin de vous exposer sur certains points de pathologie et de thérapeutique utérines des vues qui sont encore loin d'être classiques, m'ont décidé à détacher de l'ensemble de mon enseignement des chapitres auxquels j'attache un intérêt spécial, qu'on appréciera mieux quand on les trouvera réunis. Par là aussi il me deviendra plus facile de donner place, dans l'exposé que j'aurai à vous faire, à quelques pratiques nouvelles, indépendantes de l'emploi de l'électricité, et dont la fréquentation de cette clinique a pu vous faire apprécier l'utilité.

Ayant ici surtout en vue la thérapeutique, je n'aurai pas à m'attarder à un exposé, encore moins à un historique de nos connaissances en gynécologie : celles-ci ont pu s'accroître notablement sans que la thérapeutique en ait profité.

L'antiquité ne pouvait connaître des maladies utérines que ce qu'en apprend une observation superficielle, faite d'ailleurs avec soin.

Le moyen âge nous a surtout laissé un choix d'observations singulières, qui ne sont pas toutes d'une authenticité irréprochable.

La fin du XVII[e] siècle et le XVIII[e] virent naître des traités dogma-

tiques qui ne furent pas sans valeur; mais la thérapeutique restait ce qu'elle était aux époques précédentes; je pourrais presque ajouter : ce qu'elle était encore chez nous il y a moins de trente ans.

Un grand progrès put paraître réalisé lorsque, en 1818, Récamier ressuscita le spéculum, instrument connu des anciens, retombé dans l'oubli depuis Ambroise Paré, et le rendit d'un maniement commode. Faut-il s'étonner que, dans la pénurie où l'on se trouvait, on en ait d'abord abusé pour multiplier les pansements intempestifs et effectuer des opérations scabreuses ? Quelques bons esprits tentèrent cependant de réagir contre l'engouement dont l'acquisition définitive de cet instrument fut l'objet; ils comprirent que la vulgarisation de son emploi pourrait être tout d'abord nuisible aux malades en subordonnant la thérapeutique aux facilités d'action qu'elle créait; cette vulgarisation devait enfin restreindre le champ des études gynécologiques en substituant un agent de diagnostic d'une portée très limitée à des moyens d'une utilité plus générale qu'elle conduirait à négliger. Ces appréhensions, Messieurs, furent, pour la thérapeutique, justifiées du vivant de Récamier; mais ceux qui les formulaient, sous l'empire de préoccupations qui ne furent peut-être pas toutes d'ordre scientifique, ne pouvaient soupçonner jusqu'à quel point les craintes qu'ils exprimaient se trouveraient justifiées à l'endroit du diagnostic. La possession d'un instrument qui permet de simuler un examen sans se salir les doigts devait, en effet, empêcher, et empêche encore aujourd'hui la pratique du *toucher* de devenir vulgaire. Vous verrez tous les jours des médecins, des accoucheurs même, se servir du spéculum, et du spéculum seul, pour diagnostiquer des

déviations, — ce qui vous fait rire, — et pour méconnaître des tumeurs très apparentes, ainsi que vous le voyez tous les jours ici chez des femmes qui nous arrivent après des mois ou des années de cautérisations au nitrate d'argent avec des fibromes manifestes. Je me garderai, toutefois, de condamner un bon instrument sur l'usage qu'on en peut faire. Mais je devais, en présence d'abus journaliers dont vous avez été et serez encore témoins, insister sur ce que ce bon instrument a mal tourné, et vous rappeler que si le médecin qui s'adonne spécialement au traitement des maladies vénériennes doit l'avoir souvent à la main, il n'en est pas de même du gynécologiste, qui n'aura qu'assez rarement à le sortir de son tiroir.

Les remarquables travaux auxquels a donné lieu la question de l'*ovulation* ont peu profité jusqu'ici à la pathologie utérine, pas du tout à la thérapeutique. L'histoire des anomalies de la menstruation est restée depuis eux ce qu'elle était auparavant : il appartient aux cliniciens de la reprendre en s'éclairant des données de la physiologie.

En 1828, Lair se servit du spéculum pour donner des douches sur le col. Cette pratique, qui n'a jamais été très répandue, n'a pas, du moins, été abandonnée.

En 1832, Mélier insista sur l'inanité des injections vaginales dans les affections utérines, et proposa de diriger dans la cavité même de la matrice les injections destinées à agir sur elle. Assez favorablement accueillie, cette pratique éminemment rationnelle donna lieu dans l'application à des accidents qui y firent renoncer. Remise en honneur par Vidal de Cassis,

elle fut abandonnée de nouveau. J'aurai à vous en présenter l'histoire à l'occasion des tentatives faites plus récemment pour y revenir; j'aurai à insister sur les causes les plus vraisemblables des mécomptes qui l'ont fait proscrire à diverses reprises. Vous nous voyez ici recourir très largement aux médications intra-utérines, et cela dans des conditions d'innocuité sur lesquelles je devrai m'étendre un peu longuement, en raison des services qu'elles nous ont déjà rendus et des applications multiples qu'elles comportent.

A défaut d'une influence prochaine sur la thérapeutique, les progrès de la pathologie exercent sur elle une action éloignée qu'il serait puéril de vouloir nier. A ce titre, je dois vous rappeler une publication qui remonte à 1833, le *Traité des maladies de l'utérus et de ses annexes*, de Mme Boivin et de Dugès. Par la somme des observations originales qu'il renferme, par la coordination systématique de données dispersées, ce livre constitue une œuvre tout à fait remarquable : c'est lui qui a fourni leurs meilleures pages aux traités dogmatiques publiés depuis. Il ne pouvait sans doute refléter que la thérapeutique de l'époque où il a paru ; mais il a donné aux études gynécologiques, alors complètement dédaignées, une impulsion dont nous commençons à recueillir les bénéfices.

Larrey avait, le premier, porté le cautère actuel sur le col de l'utérus. En 1833, Jobert reprit cette opération, en fit bientôt le plus étrange abus, mais la popularisa. Depuis une trentaine d'années, la cautérisation actuelle est en grande faveur, sinon dans les hôpitaux, du moins dans la pratique de la ville, où elle constitue une manœuvre facile et de grande mise en

scène. On y a employé le fer rougi au feu, le cautère galvano-thermique, la flamme du gaz, aujourd'hui le thermo-cautère de Paquelin. C'est une pratique que je considère comme absolument condamnable; pour ma part, j'y ai complètement renoncé depuis une vingtaine d'années. J'aurai prochainement à vous dire par quels moyens on remplit mieux les indications auxquelles pourait répondre la cautérisation actuelle de l'utérus ; quant à ses méfaits, c'est dans les écrits de ses partisans que vous les trouverez signalés avec le plus d'autorité.

Vous indiquant ici, dans une revue sommaire, les grands traits de l'histoire de la thérapeutique utérine, je dois vous signaler le rôle important joué par deux chirurgiens contemporains de Jobert, Lisfranc et Velpeau, bien qu'ils n'aient rien ajouté aux connaissances pathologiques ou thérapeutiques de leur temps. L'influence de leur enseignement fut considérable et se retrouve encore aujourd'hui dans les tendances divergentes de la pratique courante.

Lisfranc rattachait toutes les souffrances des femmes hystéropathiques à des *lésions de nutrition* de l'utérus. Je ne jurerais pas que Velpeau eût au fond une opinion quelconque sur la question, et crois plutôt que les succès de clientèle de Lisfranc le conduisirent seuls à prendre le contre-pied des idées d'un rival : il contesta donc l'influence des troubles nutritifs, dans lesquels il refusa de voir autre chose que des épiphénomènes. Tandis que le chirurgien de la Pitié expliquait par l'inflammation la production des dystrophies utérines, et par ces dystrophies l'ensemble des troubles fonctionnels locaux ou généraux, prochains ou éloignés, le professeur de la Charité enseignait qu'elles étaient la conséquence des déviations, et que

ces dernières seules réclamaient un traitement. Ce traitement était d'ailleurs des plus simples : le pessaire en gimblette y faisait face à toutes les indications. La popularité dont jouissait l'enseignement de Velpeau fit accepter pour une opinion, et pour une opinion de poids, ce désintéressement doctrinal. Je devais vous signaler cette influence de Velpeau, parce qu'elle pesa lourdement sur la pratique de son temps et suscita des tentatives intéressantes sur lesquelles j'aurai à revenir.

Si les vues pathologiques de Lisfranc étaient plus judicieuses, elles avaient le tort de se produire à un mauvais moment : c'était l'époque où tout vice de nutrition découlait de l'*inflammation ;* aussi, après avoir bien apprécié le rôle de l'engorgement, traita-t-il celui-ci par les saignées locales et même générales, par l'abus des émollients, ne s'écartant de l'usage de ces moyens, réputés antiphlogistiques, que pour revenir aux « irritations substitutives », aux cautérisations potentielles, et même à la cautérisation actuelle. Le complément forcé de cette thérapeutique était un repos horizontal durant des mois et des années, repos que rendait nécessaire le traitement au moins autant que la maladie.

C'est à Simpson et à Kiwish qu'il appartint de remplir, au moyen de leurs redresseurs, les indications mécaniques fournies par les déviations. J'aurai à revenir sur cette thérapeutique, mauvaise à mon avis en ce qu'elle poursuit un but accessoire par des moyens qui sont de nature à aggraver la condition morbide principale. Des accidents graves et assez nombreux, qu'il serait peut-être injuste de mettre tous sur le compte de la méthode, firent bientôt renoncer en France à l'usage des

redresseurs ; nous ne les voyons plus employés chez nous que par quelques chirurgiens américains.

Aujourd'hui, Messieurs, l'intérêt qui s'attachait aux questions de gynécologie se trouve momentanément déplacé. On ne se passionne plus à l'occasion de celles que soulève la pratique journalière : la scène appartient à la grande chirurgie, dont les progrès contemporains ont permis d'exécuter, avec une sécurité qu'on n'aurait jamais osé espérer il y a vingt ans, des opérations dont la possibilité avait été supposée plutôt qu'entrevue au siècle dernier, opérations dans lesquelles le succès est devenu la règle, et dont l'exécution a réalisé le rêve des esprits les plus audacieux.

Mais je reviens aux choses de la pratique courante, que ne doivent pas nous faire perdre de vue les virtuosités chirurgicales les plus dignes de notre admiration.

A l'époque de mes débuts, il y a une trentaine d'années, les idées de Lisfranc sur l'engorgement étaient tombées dans un discrédit complet : la ruine des vues de Broussais sur l'inflammation avait amené à ne plus rattacher les lésions de nutrition à des anomalies circulatoires d'ordre physiologique ; on les faisait procéder, pour l'utérus, de conditions anatomiques, subordonnées elles-mêmes à des actions mécaniques ; Velpeau faisait école. J'admis donc d'abord que les déviations et les flexions constituaient le point de départ des troubles de nutrition de l'utérus ; et c'est l'espoir de corriger ces déviations et flexions sans exposer mes malades aux dangers des procédés mécaniques de redressement, qui me donna la première idée de la méthode de traitement que vous voyez appliquer largement dans ce dis-

pensaire, avec des résultats si nettement et si rapidement avantageux. La médication allait toutefois bien au delà du but restreint que je m'étais d'abord assigné; et mon premier mémoire, adressé en août 1859 à l'Académie des sciences, tenait déjà compte des effets de ce traitement sur l'engorgement ; il était intitulé : *Hyperplasies conjonctives des organes contractiles; de la faradisation dans le traitement des engorgements et déviations de l'utérus et de l'hypertrophie prostatique.*

Dans ce travail étaient indiqués l'esprit et le manuel de la méthode de traitement que je proposais, avec quelques-unes des observations sommaires par lesquelles s'étaient trouvées confirmées les vues qu'autorisait la théorie relativement à son innocuité et à son efficacité. Il fut repris, et donné en 1863 dans les *Annales de l'électrothérapie,* cette fois avec des observations nombreuses et plus complètes. Enfin, cette dernière version, remaniée, accrue d'observations nouvelles et de considérations statistiques sur les déviations utérines, parut en 1871 sous le titre : *Lésions de forme et de situation de l'utérus ; leurs rapports avec les affections nerveuses de la femme, et leur traitement.*

Je n'ai aujourd'hui, sur ce qui concerne les déviations et les engorgements simples, rien à ajouter au contenu de ce mémoire.

Depuis, l'expérience a toutefois agrandi mon sujet. Sans sortir d'abord de la sphère d'observations dans laquelle je m'étais, autant que possible, confiné, il me fallut tenir compte de conditions d'un autre ordre sur l'appréciation desquelles je suis loin d'être aussi avancé, le sujet comportant des difficultés spéciales. J'avais bien pu, dans un travail sur les déviations et flexions

utérines, faire la part de l'engorgement simple que j'aurai à vous définir tout à l'heure ; mais tous les engorgements n'ont pas la même origine, et les troubles circulatoires d'où ils procèdent immédiatement reconnaissent des causes diverses, quelquefois des causes diathésiques. J'indiquai cette condition dans un travail préliminaire publié, en 1874, dans la *Gazette obstétricale,* sous ce titre : *Lésions simples de nutrition de l'utérus ; leurs complications d'ordre diathésique ; l'arthritisme chez la femme.*

A côté des lésions dont l'origine circulatoire est manifeste ou seulement admissible, il en est, enfin, qui semblent devoir être rattachées à un processus nutritif différent et dépendre surtout d'anomalies de l'évolution cellulaire. Parmi celles-ci, la plus commune est le fibrome. J'ai, dans la *Gazette obstétricale* de 1878, — *Une nouvelle classe de topiques intra-utérins ; Traitement des fibromes interstitiels,* — insisté sur son extrême fréquence, en même temps que formulé la méthode de traitement que nous lui opposons ici, méthode exposée de nouveau, avec faits cliniques plus nombreux à l'appui, dans le *Bulletin de thérapeutique médico-chirurgicale* (1880).

Si je vous ai, Messieurs, rappelé dès le début les titres de quelques-uns de mes mémoires relatifs à la gynécologie, c'est parce qu'ils vous permettront de vous faire dès à présent une idée de la partie médicale des études qui vous seront exposées dans ces leçons. Mon but est moins de vous faire ici un cours de gynécologie que de vous présenter, avec les justifications et les discussions qu'elles comportent, des pratiques qui s'éloignent notablement de la thérapeutique classique qui vous est familière, pratiques qui trouvent leur application dans les

affections les plus communes et les moins traitées de l'appareil utérin. Si l'on tient compte, — et nous aurons à le faire, — des complications les plus habituelles des engorgements, simples ou diathésiques, des déviations et des flexions : écoulements morbides et ulcérations, manifestations diathésiques, syndromes algiques, convulsifs ou paralytiques, on se trouve amené à passer en revue toute la gynécologie journalière.

Ce n'est qu'après ces études et en dehors d'elles que j'aurai à vous exposer quelques pratiques chirurgicales qui, si elles ne sont pas les plus satisfaisantes dans tous les cas d'un ordre donné, sont actuellement les meilleures dans beaucoup. Quelques-uns d'entre vous ont pu voir les résultats prochains de la première opération d'*ovariostomie*, que j'aurai à vous rappeler, et que je serai à même de mieux apprécier qu'à l'époque où j'en ai publié une première relation, alors incomplète.

Nous avons eu quelquefois à rétablir l'orifice cervical interne de l'utérus par une opération dont j'aurai à vous décrire le manuel et les conditions, opération pour laquelle j'eus tout d'abord un certain engouement, que je pensai ensuite pouvoir n'appliquer que très rarement, et vers laquelle je me trouve aujourd'hui ramené. Vous apprécierez d'autant mieux les raisons de ces vicissitudes que vous avez été ici témoins de la plupart des faits qui les ont commandées.

Les médications topiques intra-utérines devront encore nous arrêter, indépendamment de leur application au traitement des fibromes. J'aurai à vous exposer la série des tâtonnements par lesquels je suis arrivé à constituer la série des topiques inoffensifs que vous voyez tous les jours employer si largement ici.

Vous n'ignorez pas enfin, Messieurs, le rôle considérable que jouent la grossesse, la parturition, et surtout leurs suites dans la genèse des accidents dont nous aurons surtout à nous occuper dans ces leçons. La plupart de ces accidents pourraient être conjurés, au moins dans une très large mesure, par une conduite judicieuse du travail de l'accouchement, de la délivrance et du retrait de l'utérus. J'aurai, à ce sujet, à vous présenter quelques considérations un peu trop perdues de vue par les accoucheurs, que le côté chirurgical de leur profession a, depuis bien des années, justement préoccupés, mais peut-être aux dépens des questions médicales qu'elle soulève. J'ai, à ce sujet, publié en 1878, dans les *Archives of electrology* de *New-York* un mémoire sur les *applications obstétricales de l'électricité*, dont une édition française a été donnée à Paris. Le rôle considérable qu'est appelée à jouer l'électrisation, notamment la faradisation, dans quelques actes préliminaires du travail, et surtout à sa suite, y était nettement formulé. Nous aurons à reprendre cette question, en nous arrêtant plus longuement que je ne l'avais fait alors sur ses côtés encore obscurs : sur le rôle que pourrait être appelée à jouer l'électrisation *pendant le travail.*

J'arrive à l'objet de cette leçon, à l'histoire des *lésions simples de nutrition de l'utérus.*

Que doit-on entendre par là? Quelles sont ces lésions? En est-il qui puissent remplir la condition de répondre à un type clinique bien défini?

Pour répondre à ces questions, je procéderai *à priori*, créant un type clinique dans une sorte de *postulatum.* Cette manière de faire a l'avantage, dans une matière trop

obscurcie, d'apporter quelque clarté en permettant de définir rigoureusement les conditions physiologiques de l'évolution morbide, quitte à modifier ou à amender, d'après l'observation clinique, les conclusions auxquelles on se trouvera conduit. J'appellerai donc *lésions simples de nutrition de l'utérus* celles qui apparaissent comme *conséquences, prochaines ou éloignées, d'anomalies passagères ou durables des conditions mécaniques de la circulation.*

Les causes des anomalies circulatoires sont nécessairement multiples; mais leur modalité immédiate doit être simple; et c'est elle qui nous intéresse plus particulièrement en ce moment.

En épuisant les combinaisons de phénomènes que comportent les variétés d'activité circulatoire, nous arriverons à un certain nombre de données simples qu'il sera facile de définir plus rigoureusement qu'on ne le pourrait faire d'après l'observation des phénoménalités complexes de la clinique. Nous éviterons ainsi une source de malentendus; peut-être même serons-nous conduits à dissiper des équivoques ayant cours. Aussi importe-t-il moins de rechercher d'abord ce que sont les troubles mécaniques de la circulation, que ce qu'ils pourraient être. S'attaquer directement au premier problème mettrait en présence de difficultés devant lesquelles nous devrions reculer; poser le second me paraît ouvrir la voie la plus courte vers la solution de ces difficultés.

Si nous examinons à ce point de vue une région circonscrite, un « territoire circulatoire » déterminé, nous voyons le sang y entrer et en sortir en quantité et avec des vitesses variables. Tout est pour le mieux, au point de vue de l'équilibre

fonctionnel, quand l'arrivée a lieu facilement avec l'activité voulue, et quand le départ s'effectue avec la même facilité, équivalent à l'arrivée qu'il ne tend ni à activer ni à modérer plus que ne le comportent les exigences d'une nutrition normale.

Mais que, par l'effet d'une cause quelconque, locale ou éloignée, cette harmonie entre l'arrivée et le départ soit rompue, les conditions mécaniques de la circulation sont troublées dans la région que nous envisageons. Si nous recherchons maintenant quelles sont les combinaisons possibles de lésions de l'arrivée et de lésions du départ, nous obtiendrons la liste des troubles mécaniques de la circulation dont la région peut être le siège.

Les expériences de Cl. Bernard sur la paralysie des nerfs artériels ont montré que, dans les territoires circulatoires desservis par les nerfs paralysés, la circulation pouvait prendre une activité excessive. Les mêmes expériences ont établi que la condition inverse, l'excitation de ces nerfs, pouvait, au contraire, restreindre dans une très forte proportion l'activité de la circulation dans la partie. Nous avons là des types de deux anomalies fonctionnelles élémentaires qui peuvent persister durant un temps assez long sans arriver à une situation morbide. Le premier cas nous offre le type de l'*hyperémie,* le second, de l'*anémie* locales. Mais il n'y a pas nécessairement rupture d'équilibre entre l'arrivée et le départ; et tant que persiste cet équilibre, l'état pathologique n'existe pas.

Mais que l'afflux artériel étant excessif ou normal, le départ veineux reste normal ou devienne moindre, la région gardera trop de sang : l'hyperémie deviendra rapidement *congestion.*

Que, l'afflux artériel restant normal ou devenant moindre,

le départ veineux soit assez facile pour prévenir la congestion, pas assez pour débiter le sang qui arrive lentement par les artérioles, on verra s'établir petit à petit l'état de stagnation, — chronique d'emblée, — qu'on désignait autrefois sous le nom de *stase.*

Congestion et *stase* sont les conséquences de l'insuffisance, absolue ou relative, de la circulation veineuse. Ce sont déjà des conditions pathologiques.

Que nous apprend maintenant la clinique à cet endroit?

Nous y retrouvons la congestion, improprement appelée *hyperémie* depuis une trentaine d'années; nous y retrouvons la stase, dont le nom a disparu, ou a été remplacé par plusieurs autres. La congestion y apparaît souvent comme un phénomène passager, n'offrant d'inconvénients immédiats qu'en raison de son siège, lorsque l'action mécanique de l'afflux du sang porte sur des organes délicats et prédisposés à s'affecter : cerveau, poumon, rein, cœur, etc.

En dehors de ces cas, et en l'absence d'intervention thérapeutique, nous voyons la congestion se juger de plusieurs manières : par *résolution*, si l'équilibre se rétablit sans trop tarder entre les circulations d'arrivée et de départ; par *inflammation*, si certaines conditions encore obscures, mais dans lesquelles on sait que l'appareil nerveux ganglionnaire joue un rôle important, se trouvent remplies; enfin par *stase,* si les conditions de l'inflammation ne sont pas réalisées, et si la résolution est trop lente.

Est-il un état, est-il plusieurs états de l'utérus qui nous retracent le tableau des conditions physiologiques et pathologiques que nous venons d'analyser ?

— Assurément. L'utérus est, après les organes glandulaires, celui dans lequel les vicissitudes circulatoires sont le plus nombreuses et le plus accusées. Sa vie fonctionnelle n'est qu'une succession d'hyperémies et d'anémies ; son histoire pathologique doit être dominée par la congestion et par stase. C'est ce qu'avaient compris nos anciens lorsque, laissant de côté les hypertrophies qui rentrent dans la classe des tumeurs, ils avaient donné le nom d'*engorgement* à l'hypertrophie commune, à la simple augmentation de volume de l'utérus. Pour désigner des conditions physiques complexes, non constantes dans leur expression somatique, comme il s'en rencontre tant dans le domaine de la pathologie, on se servait autrefois de termes généraux, intentionnellement un peu vagues, faisant image autant que possible, à l'aide desquels on s'entendait fort bien. De ce nombre était le mot *engorgement* appliqué à l'état des parenchymes dans lesquels on notait une augmentation de volume, le plus souvent avec modification de leur consistance, état qu'on rattachait à des troubles circulatoires sur la forme et sur l'origine desquels on ne croyait pas être en mesure de se prononcer plus nettement.

Depuis, on s'est piqué de plus d'exactitude, — ou plutôt on a fait de la précision aux dépens de l'exactitude. Au lieu de déterminer par un adjectif la portée que devaient avoir les termes anciens dans une série donnée de cas, on les a simplement abandonnés. En cela, je crois qu'on a souvent été trop vite, et qu'on s'est gratuitement privé du titre générique de lésions dont les variétés n'étaient pas suffisamment étudiées pour être utilement dénommées. Je conserverai donc le nom d'*engorgement* aux lésions de nutrition de l'utérus qui, sans être des hypertrophies, se traduisent à un premier examen

par une augmentation de volume et de poids de l'organe.

L'histologie pathologique pourra nous éclairer plus tard sur les véritables caractères anatomiques des engorgements utérins ; mais pour que ses réponses aient un sens, il faut lui poser des questions. C'est pourquoi, avant même de demander à la clinique de poser ces questions, j'ai cru devoir faire intervenir la physiologie pour nous aider à interpréter les faits cliniques. Cette manière de procéder nous mettra, je crois, mieux que toute autre, sur la voie des conditions qui peuvent favoriser la résorption des exsudats qui constituent la lésion apparente dans les affections que nous avons actuellement en vue.

La précaution de rattacher tout d'abord les lésions simples à leur mécanisme immédiat présente encore ici un avantage qu'il me suffira de signaler : elle nous détournera de créer des variétés inutiles sur les apparences diverses de l'examen macro ou microscopique, en nous apprenant que ces apparences répondent aux différentes phases de l'affection, si tant est qu'on puisse traiter de phases les âges divers d'un processus lent et continu.

L'*engorgement simple* a une existence propre, indépendante de l'action localisée de causes prochaines autres que les troubles mécaniques de la circulation ; il procède, sans pour cela différer de lui-même, tantôt de la congestion, et tantôt de la stase. Il ne faut pas perdre de vue que son aspect variera avec son âge ; que, dans l'utérus plus peut-être que dans aucun autre organe, il répond à toute la série d'états anormaux de la nutrition qui sont compris entre la *congestion récente* et la *stase ancienne*, états anormaux qui, avec le temps, se trans-

forment les uns dans les autres, non pas d'une façon capricieuse, mais suivant un *processus* sensiblement fixe.

La cause prochaine de l'engorgement réside, vous ai-je dit, dans les troubles mécaniques de la circulation.

Quant à ses causes éloignées, elles sont multiples et d'ordres divers. Je ne m'y arrêterai pas aujourd'hui, préférant en réserver l'examen pour le jour où nous aurons à étudier la genèse des déplacements et des déformations de l'utérus, les causes de ces affections agissant presque toutes dans un sens favorable à la production de l'engorgement.

Il est toutefois une condition morbide qui doit être examinée ici, moins comme cause de l'engorgement, à la production duquel elle peut rester indifférente, qu'en raison du rôle exclusif qu'on lui a fait jouer, bien à tort selon moi, dans sa genèse : je veux parler de l'*inflammation*. C'est surtout en raison des confusions auxquelles a donné lieu son intervention dans les spéculations pathologiques qu'elle nous intéresse ici.

DEUXIÈME LEÇON

L'Engorgement utérin

SOMMAIRE : L'inflammation en général et dans l'utérus. — L'engorgement utérin, congestion ou stase. — Son diagnostic ; le toucher. — Diagnostic différentiel ; le cathétérisme. — Symptomatologie de l'engorgement ; son défaut de fixité en rapport avec la fréquence des complications.

MESSIEURS,

Les femmes qui viennent ici réclamer nos soins n'y arrivent généralement pas d'emblée : la plupart ont déjà été traitées par un médecin du quartier qu'elles habitent; beaucoup accusent des séjours plus ou moins nombreux, plus ou moins prolongés dans les hôpitaux. Quand on les interroge sur les traitements qu'on leur a fait suivre, toutes répondent invariablement : « On me cautérisait. » Ce n'est pas de cette simulation thérapeutique que je me propose de vous entretenir aujourd'hui. Lorsque, au début de l'interrogatoire qui sert à rédiger leur observation, on demande à ces malades : « Quel accident vous amène ici? — Une métrite, » répondent-elles presque toutes. Si l'on devait rester sous ces impressions de début, on pourrait croire que, s'il n'y a qu'un traitement pour les affections utérines, c'est que ces affections se réduisent à une : la *métrite.*

Qu'est-ce donc que la *métrite ?*

— Ce ne peut être que l'inflammation du parenchyme utérin.

Cette inflammation est-elle donc si commune ? — Elle est, Messieurs, *infiniment rare.*

D'où vient alors...? — De ce que, à une époque où l'on voyait l'inflammation partout, on la dénonça comme la cause constante de l'*engorgement.* Quand, plus tard, on renonça aux vieux mots empruntés à la langue commune pour leur substituer des termes plus « scientifiques », l'engorgement fut abandonné pour la métrite. La terminologie entraîne les idées courantes; c'est ainsi que l'utérus passe aujourd'hui pour un des organes les plus exposés aux phlegmasies.

Après être remontés à la source d'un malentendu, tâchons de ne pas verser dans un autre. Pour cela, nous devons nous demander en quoi consiste essentiellement la matrice, et ce qu'on doit entendre par l'*inflammation.*

L'utérus est constitué fondamentalement par un parenchyme musculeux, conjonctif et vasculaire, tapissé intérieurement et extérieurement de revêtements muqueux et cellulo-séreux. Si l'inflammation est extrêmement rare dans le parenchyme utérin, elle l'est moins dans ses revêtements interne et extérieur : sans être aussi communes qu'on l'admet, du moins comme inflammations franches, les périmétrites et les endométrites se rencontrent assez souvent, tantôt comme phénomènes septiques ou diathésiques, tantôt comme phénomènes secondaires, lorsqu'une cause banale intervient dans un cas où existe un engorgement ancien.

Maintenant, accepterons-nous comme signe d'une phlegmasie tout écoulement utérin, tout catarrhe? — Non, Messieurs. Le mot *inflammation* est encore un vieux mot, faisant image, exprimant ce qu'il veut dire avec le vague que comporte son objet,

un vieux mot qu'il faut conserver, car nous ne sommes pas en mesure de donner une définition topique de celui qui le remplacerait; mais cela n'autorise pas à l'appliquer à tous les cas douteux, à rapporter à l'inflammation toutes les tuméfactions, toutes les douleurs, toutes les hypersécrétions normales ou anormales. Au point de vue thérapeutique, qui nous touche surtout ici, il est important, sinon d'éviter tout à fait cette confusion, chose encore difficile aujourd'hui, du moins d'essayer de faire leur part dans cet ensemble, en se fondant sur des caractères cliniques, aux phénomènes qui ne s'y rattachent pas nécessairement.

Je vous ai, dans la leçon précédente, présenté un type d'engorgement indépendant de l'inflammation.

Il est temps de nous demander ce qu'est l'inflammation ?

Sa notion répond à trop de conditions distinctes pour qu'on ait pu la ramener à une conception théorique simple; son domaine tend cependant tous les jours à se rétrécir. Il comprenait, il y a peu d'années encore, les hypergénèses, les phénomènes variés réunis sous le titre de phlegmasies chroniques, enfin les phénomènes de la phlegmasie aiguë.

Les *hypergénèses* lamineuses, glandulaires, etc., ne sont plus considérées comme du domaine de l'inflammation proprement dite. On admet bien encore qu'elles en peuvent être la suite ; mais on sait qu'elles peuvent représenter et représentent souvent un processus indépendant.

Il en est à peu près de même de ce qu'on a appelé l'*inflammation chronique*. On la voit plus souvent succéder à une inflammation aiguë ; mais cette condition est loin d'être constante : dans une foule de cas, les phénomènes d'hypergénèse, qu'on y a rattachés, ceux même de suppuration de surfaces ou

de cavités, ne procèdent pas des conditions qu'on regarde comme caractéristiques du travail dit phlegmasique.

Reste l'inflammation aiguë, la seule qui réponde à l'étymologie, donnant la sensation d'une chaleur plus ou moins vive ne s'expliquant pas seulement par des conditions anormales d'innervation, mais trouvant sa justification dans une réelle élévation de la température locale, accompagnée — ou plus souvent précédée — de *douleur*. La *vascularisation excessive* a été donnée comme une condition constante de l'inflammation franche, aiguë; de là l'erreur qui conduit souvent à voir dans l'inflammation une conséquence nécessaire de la congestion portée à un certain degré. C'est là une appréciation manifestement inexacte: les chances d'inflammation d'une partie ne sont nullement proportionnelles à la congestion dont elle peut être le siège, si cette congestion est primitive. Enfin, parmi les conditions classiques de l'inflammation, il faut comprendre le *gonflement*; mais celui-ci encore peut exister en dehors de tout processus phlegmasique.

De tous ces caractères, aucun, pris séparément, n'est pathognomonique. Réunis, ils valent davantage, non cependant au point de satisfaire tous les cliniciens. On les rencontre, par exemple, dans le rhumatisme, joints à un autre symptôme,— la *fièvre*, — jugée nécessaire par la plupart des auteurs pour caractériser l'inflammation franche, et qui d'ailleurs ne fait guère défaut, à un degré variable, quand existent localement de la douleur, de la rougeur et de la tuméfaction.

Dans ces conditions, l'inflammation peut s'admettre comme manifestation commune à plusieurs situations pathologiques, les unes purement locales, d'autres dans lesquelles l'état local se combine avec diverses conditions générales. A côté de l'inflam-

mation franche, de l'inflammation sans épithète, on reconnaîtrait ainsi des inflammations avec adjectifs. L'observation clinique n'est pas en désaccord avec cette manière de voir.

Il est encore une condition pathologique dont ont dû tenir compte ceux qui ont essayé de définir l'inflammation : je veux parler de la *tendance à la suppuration*. La tendance à la suppuration ne saurait être passée sous silence dans le procès que nous examinons ici : pour beaucoup, elle constitue le caractère le plus important, le phénomène décisif; c'est à elle que doivent d'avoir été rangés sous le titre d'inflammations nombre d'états qui n'offraient aucun des autres caractères, dans lesquels on ne trouvait ni douleur, ni rougeur, ni chaleur, ni tuméfaction.

Malgré le consensus général qui fait que dans nombre de cas, tout le monde tombera d'accord pour déclarer phlegmasique un accident donné, vous voyez qu'il règne encore, sur la matière, une certaine confusion. Celle-ci tient à ce qu'on a voulu embrasser dans une définition commune, en n'omettant aucun des éléments mis en cause par des auteurs partis de vues différentes, des conditions pathologiques non seulement complexes, mais diverses.

Pour moi, la congestion peut exister, aussi bien que la douleur, sans être l'inflammation et sans même constituer une menace d'inflammation. D'où qu'elle procède, l'hypergenèse conjonctive n'est pas une inflammation. Le processus pyogénique, lorsqu'il existe isolé, n'est pas une inflammation. Ce qu'on a appelé la phlegmasie chronique n'est pas une inflammation : le propre de l'inflammation, quelle qu'en doive être la terminaison, est d'être aiguë. Je ne crois me mettre, dans ces affirmations, en opposition avec aucun de ceux qui admettent que le

critérium de la thérapeutique a son mot à dire dans la question ; que, suivant le vieil adage, la nature de la maladie est indiquée par le mode de sa guérison.

Sans nous dissimuler que l'histoire physiologique de l'inflammation est à peine ébauchée, que sa place dans un cadre nosologique général est aujourd'hui fort difficile à fixer, nous croyons qu'on peut encore, se fondant sur l'observation clinique, la définir : un processus essentiellement aigu, caractérisé par la réunion de la douleur, de la congestion, de la chaleur, de la tuméfaction, de la fièvre, et, à un moment donné, de la tendance à la suppuration.

On doit admettre encore que ce processus peut reconnaître des causes éloignées diverses, et, qu'évoluant sur des terrains différents, il présente au clinicien des phénoménalités variées et réclame de lui des interventions thérapeutiques dissemblables.

J'aurai plus tard à revenir sur quelques points touchant aux questions que je viens de vous indiquer. Nous aurons notamment à tenir compte du rôle que peuvent jouer les conditions diathésiques dans la symptomatologie de certaines inflammations ou pseudo-inflammations ; nous aurons, à l'occasion de la thérapeutique, à tenir compte de celui du système nerveux. Aujourd'hui, je ne me suis un peu étendu sur l'inflammation en général que pour ne pas trop vous surprendre par cette conclusion que la *métrite*, mise à chaque instant en avant, est une affection extrêmement rare, si rare que je ne suis pas sûr de l'avoir rencontrée dans une pratique de vingt-cinq ans ; vous me permettrez donc de ne pas m'y arrêter davantage.

Des anomalies mécaniques de la circulation, dépendantes quelquefois d'inflammations voisines ou plutôt éloignées, mais

le plus souvent indépendantes de tout travail phlegmasique, ainsi que nous le verrons dans une prochaine leçon, amènent facilement, fréquemment, l'engorgement de l'utérus; mais cet engorgement, quel que soit son âge, qu'il réponde à la congestion ou à la stase, ne représente rien moins qu'un processus inflammatoire. Le tissu utérin est de ceux où ce processus s'établit le plus difficilement. Vous le verrez devenir le siège d'abcès septiques; rarement d'abcès chroniques dont l'évolution demande des mois ou plutôt des années; jamais, je crois, d'abcès chauds. Les périmétrites sont communes; les endométrites muqueuses ne sont pas très rares; mais je cherche en vain des exemples authentiques de métrite parenchymateuse aiguë.

En vous présentant, dans la précédente leçon, des considérations sur les troubles mécaniques de la circulation dans lesquelles l'*à priori* tenait une large place, je voulais arriver à préciser la signification à attribuer à des termes que nous retrouverons souvent dans les spéculations pathologiques. L'objection, qui m'a quelquefois été faite, de me mettre en désaccord avec l'usage en reprenant la définition de locutions d'un emploi journalier est sans valeur dans l'espèce : les mots *hyperémie*, *congestion*, sont à chaque instant employés comme synonymes, en même temps qu'on déclare tous les jours anémié un organe qui est le siège de stase. C'est évidemment l'usage qui est ici dans son tort; je n'ai fait, en essayant de le redresser, qu'une restitution réclamée par la nécessité de faire répondre les mots aux réalités cliniques qu'ils avaient pour but de représenter.

Nous nous sommes trouvés ainsi conduits à établir une genèse

de l'engorgement, expliquant les différences d'aspect qu'il présente, suivant ses origines, son âge et la rapidité plus ou moins grande de son développement.

Avant de passer de ce mécanisme immédiat de sa formation à l'examen des causes éloignées de l'engorgement, examinons-le tel qu'il se présente à l'observation.

L'engorgement utérin est caractérisé cliniquement par une augmentation de volume et de poids, sans déformation marquée, en rapport avec un épaississement des parois de l'organe. Il peut en intéresser la totalité, ou être limité à son corps, normalement plus vasculaire, ou affecter plus spécialement le col.

Sa formation s'explique suffisamment par les anomalies des conditions mécaniques de la circulation que je vous ai signalées. Mais ne s'établit-il que par les troubles circulatoires sur lesquels je me suis étendu? — Peut-être serait-il téméraire de prétendre trancher définitivement la question; cependant je serais très disposé à y répondre par l'affirmative, et à admettre un mécanisme prochain identique, bien que pouvant répondre à des influences premières d'ordres variés, que nous aurons à passer en revue à l'occasion de l'étiologie.

C'est des lésions *simples* de nutrition que je dois vous entretenir aujourd'hui.

La définition clinique donnée de l'engorgement, le caractérisant par une augmentation de volume et de poids en rapport avec un épaississement des parois utérines, n'appartient pas à u iseul. L'absence de déformation générale écarte bien encore quelques-unes des affections dont nous aurons à tenir compte

à l'occasion du diagnostic différentiel. Mais, à côté des anomalies de nutrition d'ordre purement circulatoire, il en est d'autres en rapport avec des aberrations de l'évolution cellulaire. Parmi ces dernières, la plus importante, au moins par sa fréquence, est le *fibrome*. Je ne vous le rappelle en ce moment que parce que vous pouvez, dans cette clinique, en constater la fréquence, non soupçonnée jusqu'à ces derniers temps ; plus tard, j'aurai à y revenir longuement.

L'engorgement se constate par le toucher vaginal.

L'abus du spéculum ayant conduit à beaucoup négliger le toucher, qui n'est plus guère aujourd'hui, dans la pratique courante, employé qu'en obstétrique, permettez-moi, Messieurs, de vous rappeler brièvement comment il doit se pratiquer.

Le sujet qu'on a à examiner doit être d'abord touché debout. L'index de la main qui se livre à l'examen, droite ou gauche, se présente de champ entre les cuisses de la femme. Puis on l'élève jusqu'au contact du périnée; après quoi on le ramène doucement vers soi en tournant la main en dehors. Lorsqu'on va dépasser la commissure inférieure de l'orifice vulvaire, l'extrémité de la phalange unguéale s'y engage. A ce moment, les premières fois qu'on pratique le toucher, on pousse le doigt devant soi, conduisant la pulpe en arrière et un peu en haut d'abord, plus en haut ensuite, — et on fait mal à la femme. Quand on a appris à toucher, on ne suit plus un trajet défini, mais on se laisse conduire par les parties. Voici ce qui arrive alors dans presque tous les cas : si l'on se sert de la main droite, par exemple, l'extrémité de la dernière phalange engagée, le dos de l'ongle reposant sur la commissure, la main fait un quart de révolution en dedans, et la phalange pénètre tout

entière, sa face palmaire, tout à l'heure supérieure, devenan latérale et regardant à droite; on poursuit alors en revenant sur ce quart de rotation, de façon que la pulpe du doigt regarde tout à fait en avant quand elle arrive sur le col. C'est ainsi que les choses se passent le plus souvent. Quelquefois, cependant, la première phalange engagée, c'est une progression en sens contraire qui lui est indiquée par les parties; le mouvement de rotation doit se continuer en dedans; et c'est la face dorsale en avant que la phalangette arrive dans la partie gauche du cul-de-sac postérieur. Le trajet à suivre n'est donc pas celui d'un arc de cercle ou d'une courbe du second degré, mais tantôt celui de deux arcs d'hélice dont les directions se contrarient, tantôt celui d'un demi-tour d'hélice.

C'est en raison de cette dyssymétrie habituelle que, pour toucher commodément avec la main droite une femme debout, on est bien en face d'elle, tandis que pour la toucher de la main gauche, il est bon de se placer un peu à sa gauche.

Je n'aurais pas cru avoir à insister sur l'importance de la bonne exécution du toucher, si le témoignage des malades ne nous montrait qu'elle est trop généralement méconnue. Bien ou mal fait, le toucher renseignera le médecin sur ce qu'il a à apprendre; mais il lui conciliera ou lui aliènera la confiance de sa patiente. Pour peu que celle-ci ait eu à faire des comparaisons, elle a fait la différence entre un toucher délicat et un toucher maladroit, et il est rare qu'elle ne saisisse pas la première occasion de renoncer aux soins d'un médecin qui a la « main dure ».

Ce n'est donc pas en le cherchant en face ou en arrière, mais en suivant une voie curviligne qu'on reconnaîtra le col. Le doigt placé sous lui peut faire apprécier tout d'abord le

poids de l'utérus; l'habitude du toucher empêche de confondre la sensation fournie par le poids de l'organe avec celle que donne la résistance élastique de ses attaches.

Circonscrivant le col en remontant de plus en plus, le doigt peut encore, le plus souvent, faire juger du volume du corps par la palpation de son segment inférieur. Ce dernier moyen d'information, qui peut être illusoire chez les femmes très grasses, est ordinairement facilité par l'abaissement plus ou moins prononcé qui accompagne presque toujours l'engorgement.

Enfin, quand l'engorgement est compliqué de déviation, on peut souvent atteindre toute la face devenue intérieure; et l'estimation du volume de l'utérus devient ainsi facile.

La constatation par le toucher vaginal des deux signes les plus importants de l'engorgement, l'augmentation de volume et de poids de l'utérus, ne présente donc quelque difficulté que lorsque cette lésion existe, indépendante de toute complication, chez une femme obèse.

D'après la plupart des livres, la palpation abdominale permettrait de reconnaître l'augmentation de volume de l'utérus dont le fond remonterait souvent au-dessus du pubis, où il pourrait être senti sous forme d'une tumeur peu sensible à la pression et légèrement mobile. C'est là certainement une opinion *à priori*, trop légèrement reproduite par des auteurs qui auraient été à même de la contrôler. La palpation abdominale, qui donne d'utiles renseignements dans les cas de grossesse ou de tumeurs du corps de l'utérus ou de ses annexes, ne saurait fournir ici que des signes négatifs; elle ne doit donc être retenue que comme moyen de diagnostic différentiel.

Un utérus augmenté de volume et de poids pourra faire songer à une grossesse. L'erreur ne saurait toutefois durer longtemps ; l'état du col et la recherche des signes de la grossesse permettront presque toujours de l'éviter facilement.

Lorsqu'un accouchement antérieur existe, de date peu ancienne, on trouve encore l'utérus lourd et volumineux. Ce n'est pas une question de diagnostic différentiel qu'on se trouve alors conduit à se poser : il s'agit bien d'un engorgement, dont les origines voisines rendent seulement le pronostic plus prochainement favorable.

Ce n'est guère avec l'engorgement qu'on confondra les abcès du parenchyme utérin, mais plutôt avec les déviations ou les fibromes. Chez deux malades vues, l'une avec Nélaton, l'autre avec un éminent praticien de Londres, nous avons autrefois pris pour des rétroflexions des abcès qui devaient s'ouvrir, l'un quatre ans, l'autre deux ans plus tard.

C'est du *fibrome interstitiel* qu'il est le plus important et quelquefois le plus difficile de distinguer l'engorgement simple de l'utérus. Je m'arrêterai sur ce point de diagnostic en raison du grand intérêt pratique qu'il présente, en raison surtout des moyens d'investigation qu'il réclame.

Dans un grand nombre de cas, le diagnostic peut s'établir par le toucher, ou par le palper abdominal, ou par ces deux moyens réunis. Le palper abdominal suffit, seul ou mieux joint au toucher, pour reconnaître les fibromes volumineux du corps utérin qui remontent bien au-dessus du pubis ; le toucher vaginal fera très bien reconnaître les fibromes sous-péritonéaux du segment inférieur de l'utérus, lorsque ceux-ci figureront à la surface extérieure de l'organe des renflements assez distincts.

Mais dans beaucoup de ces cas même de fibromes sous-péritonéaux, la confusion est possible avec une flexion : il suffit pour cela qu'au lieu d'être nettement sous-péritonéale, la tumeur ait une base d'implantation assez large dans la profondeur d'une des parois. Je vous signale la facilité de cette erreur parce que je l'ai commise souvent autrefois, alors que mon attention n'avait pas encore été appelée sur la prodigieuse fréquence de ce genre de tumeurs. Vous pouvez d'ailleurs voir ici, sur les femmes qui nous arrivent avec des diagnostics relativement bien faits, — c'est-à-dire des diagnostics faits avec le toucher, — combien de flexions, combien de déviations répondent à l'existence de fibromes. Enfin, quand le fibrome est nettement et régulièrement interstitiel, le toucher ne peut plus que donner des soupçons fondés sur la consistance de l'utérus; or la perception des nuances que comporte cette consistance suppose une finesse du toucher sur laquelle on est trop rarement en droit de compter pour que j'ose vous conseiller d'asseoir un diagnostic sur l'existence et surtout sur l'absence des signes fournis par lui.

Ici, Messieurs, doit intervenir un moyen de diagnostic dont on parle beaucoup et qu'on n'applique jamais ou presque jamais dans la pratique de la ville : je veux parler du cathétérisme, sur lequel j'insisterai d'autant plus que je n'en ai pas toujours apprécié l'utilité à sa valeur. Il y a dix ans, en présence du conseil donné par les auteurs classiques de faire concourir le cathétérisme au diagnostic de l'engorgement utérin, je m'élevais encore contre une recommandation que je prenais au sérieux alors qu'elle était toute platonique, proposant de réserver le cathétérisme pour les cas où l'on serait conduit à se

demander si l'augmentation de volume et de poids de l'utérus ne serait pas dû au développement d'une tumeur dans ses parois. Depuis, j'ai pu voir que les abus du cathétérisme n'étaient pas tels qu'on aurait pu les croire; que les auteurs qui le recommandaient pour diagnostiquer l'engorgement ne l'employaient pas même dans les cas où l'existence d'une tumeur pariétale était possible ou probable; enfin que, grâce à cette abstention, motivée sur des considérations dont je suis loin de contester la valeur, et sur lesquelles j'aurai plus loin à m'arrêter, on méconnaissait absolument la fréquence des fibromes utérins, confondus neuf fois sur dix avec des engorgements, des déviations ou des flexions.

Aujourd'hui, vous nous voyez faire intervenir ici le cathétérisme pour établir ou compléter le diagnostic de presque tous les cas d'hystéropathies qui se présentent. Et je ne le fais pas seulement pour les besoins de l'enseignement clinique, pour vous rendre sensible une condition pathologique que nous ne pourrions, sans cela, que soupçonner; — non; ce que je fais ici, je le fais aussi dans mon cabinet. Quant aux raisons qui ont, sur ce point, modifié ma manière de voir et d'agir, les voici :

J'ai admis d'abord, comme tout le monde, que, dans l'engorgement simple, l'utérus se trouvait grossi, uniformément agrandi, sans que ses proportions fussent changées; que sa cavité se trouvait dès lors agrandie dans les mêmes proportions que ses diamètres extérieurs. C'est là une supposition gratuite : il n'y a pas de raison pour que l'épaississement des parenchymes se fasse avec cette régularité et agrandisse la cavité; on pourrait aussi bien avancer qu'il la diminuera. Depuis que j'y regarde, j'admets que les deux cas peuvent se produire, sans être encore en mesure d'assigner sa raison d'être à chacun d'eux.

Sappey donne à la cavité utérine normale une profondeur moyenne de 5,7 centimètres; sur des utérus manifestement engorgés, j'ai trouvé jusqu'ici de 5 à 6,5 centimètres; au delà de 6,5, j'admets un retrait incomplet après une couche relativement récente, ou je soupçonne l'existence d'un fibrome interstitiel.

Je vous disais tout à l'heure que j'avais autrefois proposé de restreindre l'emploi du cathétérisme aux cas dans lesquels il était appelé, non plus à faire constater un engorgement, mais à faire rattacher à sa cause l'augmentation de volume et de poids liée à l'existence d'une tumeur des parois. Or ces cas sont, Messieurs, infiniment plus communs qu'on ne le soupçonnait à l'époque où je reproduisais ce conseil. Ayant eu recours au cathétérisme pour achever de me renseigner dans des cas douteux; ayant, à la suite du cathétérisme, repris plus attentivement l'examen par le toucher et la palpation; ayant surtout chez des malades suivies pendant plusieurs années, constaté la nature fibreuse de tumeurs que j'avais d'abord prises pour des engorgements simples ou des déviations, je me suis trouvé amené à conclure à l'extrême fréquence du fibrome utérin.

Nous aurons, plus tard, à revenir sur cette affection, et j'aurai à m'y arrêter assez longuement à l'occasion de la thérapeutique. Je réserve pour ce retour ce qui me reste à vous en dire, et ajourne également les considérations que j'aurai à vous présenter sur le manuel du cathétérisme utérin. Il me suffit, aujourd'hui que nous nous occupons de l'engorgement simple, de vous indiquer que son diagnostic n'est pas aussi facile que je l'admettais autrefois; que, surtout, le diagnostic différentiel de l'engorgement simple et de l'hypertrophie fibreuse doit toujours être fait, et qu'il peut offrir quelquefois de réelles difficultés.

Peut-être êtes-vous surpris, Messieurs, qu'à l'occasion d'une

question de diagnostic, je ne vous aie pas parlé du spéculum. Mettant en évidence quelques lésions de surface, lésions secondaires et sans importance propre, n'apprenant rien sur l'état du corps de l'utérus, renseignant moins bien que le toucher sur l'état du col lui-même, le spéculum sert surtout aujourd'hui à simuler les examens qu'on se dispense de faire.

Est-il une symptomatologie propre à l'engorgement ? — C'est à peu près inévitable ; mais il serait fort difficile d'en tracer le tableau, cette affection ne se présentant peut-être jamais à l'état de lésion tout à fait isolée. En vous signalant les phénomènes subjectifs qui l'accompagnent le plus communément, je dois ajouter que la plupart manquent quelquefois ou peuvent reconnaître d'autres causes. On soupçonne l'engorgement en présence d'une malade qui accuse une sensation de plénitude dans le bassin avec douleurs vagues à l'hypogastre et dans les régions sacrée et inguinales, douleurs qu'augmentent la station verticale, la marche, et surtout les secousses de la voiture. Dans ces conditions, tout effort qui tend à réduire la capacité de l'abdomen provoque une sensation pénible, que les malades comparent à ce qu'elles éprouveraient si l'utérus devait être expulsé par le vagin ; fréquemment, cette sensation est suivie de ténesme vésical et rectal. En même temps, les malades souffrent généralement de constipation. Une leucorrhée plus ou moins abondante s'observe aussi fréquemment, tantôt continue, tantôt durant la semaine ou la quinzaine qui suit les règles. L'établissement des règles est douloureux; leur écoulement irrégulier, ordinairement diminué, au moins dans les cas simples; leur périodicité, sujette à des retards. Quelquefois, cependant, sous l'influence de conditions encore difficiles à formuler, le retour de la menstrua-

tion a lieu à des intervalles rapprochés, et la quantité de sang perdu est considérable.

J'insistais tout à l'heure sur le défaut de fixité de ces symptômes, dont la signification ne ressort que de leur réunion. Le défaut de fixité dans la forme se retrouve encore dans le temps : ils sont continus, mais pendant un temps qui peut ne durer que quelques heures, et dépasse rarement quelques jours. Ces sortes de rémittences indiquent que leur apparition, tout en supposant l'état fondamental de l'utérus qui nous occupe ici, est liée à quelqu'une de ces poussées congestives auxquelles l'utérus est exposé par les vicissitudes de sa vie physiologique, auxquelles il est exposé aussi du fait de mille circonstances accidentelles de localisation voisine ou éloignée.

Je n'allongerai pas le tableau de la séméiologie de l'engorgement en vous retraçant les troubles généraux de la nutrition et de l'innervation qui reproduisent les ensembles symptomatiques de la chlorose et de l'hystérie : conséquences apparentes de l'affection utérine, ils ne l'accompagnent pas nécessairement. Leur examen trouvera sa place quand nous envisagerons les hystéropathies dans leurs rapports avec le fonctionnement général des sujets.

Pour définir l'*engorgement*, j'ai cru devoir, Messieurs, m'appesantir sur son mécanisme immédiat, en demandant à la physiologie une formule de celui-ci que la clinique eût ensuite à confirmer, à infirmer ou à amender. Or nous pourrons incessamment, avant même de recourir au contrôle de la clinique, commencer ces vérifications nécessaires : l'*étiologie* nous en fournira d'abord l'occasion; l'*anatomie pathologique* viendra ensuite apporter ses arguments à la démonstration.

En vous parlant des *symptômes* de l'engorgement, je me suis borné à vous en donner une énumération qui a pu vous paraître bien sommaire. Il était, je crois, inutile, alors que nous étions surtout préoccupés du mécanisme pathogénique, d'appuyer sur une symptomatologie dont l'intérêt est d'ordre surtout descriptif : c'était d'ailleurs un tableau à compléter ultérieurement. L'engorgement, en effet, se présente rarement à l'état de simplicité : il n'est pas, ou n'est que très exceptionnellement le seul effet des causes qui ont présidé à sa genèse. Lui-même, suivant la plus ou moins grande rapidité de son développement, suivant son âge, devient la cause d'épiphénomènes multiples, variés, dont la part n'aurait pu être faite aujourd'hui ; enfin, nous aurons à tenir compte de celles des complications qui peuvent être considérées comme accidentelles. Les plus communes, — abaissements, versions, flexions, — feront l'objet de la prochaine leçon.

TROISIÈME LEÇON

Lésions de situation et de forme : versions et flexions

SOMMAIRE : *Versions :* diagnostic et symptomatologie. — *Flexions :* diagnostic, séméiologie. — *Mécanisme des versions et flexions :* développement de l'utérus, de la vie fœtale à la vieillesse. — Période menstruelle; intervention des causes d'engorgement. — Structure de l'utérus; ses rapports avec les causes d'engorgements et de flexions. — Rôle de la grossesse et de sa convalescence. — L'anatomie pathologique et l'étiologie générale des lésions simples de forme et de situation de l'utérus. — Étiologie propre des versions et flexions.

MESSIEURS,

Nous trouvons souvent, —ici, le plus souvent, — l'utérus déplacé et déformé : après les lésions de nutrition, les lésions de situation et de forme. Cette fois encore nous examinerons d'abord les lésions simples, c'est-à-dire dégagées de complications d'ordre nutritif : comme lésions de situation, l'*abaissement* et les *versions ;* comme lésions de forme, les *flexions.*

La plus commune des lésions de situation est l'*abaissement*, à un degré ordinairement peu considérable. Le nom seul de ce mode de déplacement en indique suffisamment la nature; quant à la gêne qu'il occasionne, elle ne se traduit, dans les cas heureusement les plus communs où il est peu marqué, par aucun symptôme tout à fait distinct de ceux que détermine l'existence d'un engorgement simple. L'abaissement est un désordre physique dont les conséquences sont en rapport avec des effets tout mécaniques d'une importance médiocre quand ils

sont seuls. Aussi n'y insisterai-je pas aujourd'hui, renvoyant les considérations que j'aurais à vous présenter sur l'abaissement au jour où nous aurons à nous occuper des moyens thérapeutiques qu'il peut réclamer, alors que nous aurons à envisager cette lésion, non plus comme une condition isolée, mais dans ses rapports avec des conditions cliniques complexes, et dans ses origines qui la rattachent à des causes variées.

La partie la plus pesante de l'utérus se trouvant vers l'extrémité supérieure de son grand axe, et les moyens de contention de l'organe offrant une certaine souplesse, une laxité sans laquelle ils ne pourraient le suivre dans ses vicissitudes physiologiques, il cédera fréquemment à sa tendance naturelle à basculer. Lorsque le fond de l'utérus tombe en avant, on dit qu'il y a *antéversion;* s'il tombe en arrière, *rétroversion;* lorsqu'il incline de côté, *latéroversion*. Grâce à l'insertion latérale symétrique des attaches de la matrice, cette dernière forme de déviation est relativement rare; elle est surtout moins prononcée que les déviations en avant ou en arrière; aussi son histoire n'offre-t-elle qu'un faible intérêt : les latéroversions sont incapables de donner lieu à des troubles fonctionnels marqués et passeraient inaperçues si d'autres lésions ne conduisaient à pratiquer l'examen qui les fait constater.

Le diagnostic des déviations est affaire de toucher vaginal. Il ne présente de difficultés que celles du diagnostic de l'engorgement; encore les présente-t-il généralement à un degré moindre. Le point délicat est surtout ici le diagnostic différentiel d'avec un fibrome interstitiel de la face de l'utérus qui se montre procidente.

Les symptômes *généraux* des déviations sont encore les mêmes que ceux de l'engorgement. Les versions, en effet, sont dues le plus souvent à l'action lente de causes parmi lesquelles l'engorgement tient un rang important. Quant à l'influence générale de ces affections, elle est en rapport surtout avec les conditions organiques qui leur sont communes, conditions que j'ai à peine indiquées à propos de la séméiologie de l'engorgement, mais qui se trouveront mises en évidence lorsqu'il sera question de l'anatomie pathologique.

Les symptômes propres aux *versions* sont en petit nombre. Bien qu'ils ne soient pas d'une constance absolue, ils sont quelquefois assez marqués pour que l'interrogatoire d'une malade permette de prévoir que le toucher fera constater chez elle une déviation, et quelle sera cette déviation. Ces symptômes à peu près pathognomoniques sont, dans les *antéversions*, des envies fréquentes d'uriner, sans ténesme, surtout à l'approche des règles ; dans les *rétroversions*, la défécation pénible; et, quand la rétroversion est accompagnée d'abaissement, même à un degré modéré, encore des envies fréquentes d'uriner, mais cette fois avec ténesme vésical. Dans quelques antéversions compliquées d'abaissement, et dans lesquelles la totalité de l'utérus a glissé en arrière en même temps qu'en bas, on rencontre un ténesme rectal, bien différent de la douleur contemporaine de la défécation qui s'observe dans les rétroversions. Les envies d'uriner de l'antéversion s'expliquent par la pression douce et continue exercée par le fond de l'utérus sur la vessie. L'obstacle apporté par le fond de l'utérus en rétroversion au libre développement de l'intestin explique le froissement de l'organe par le passage des matières et la douleur qui accompagne la défécation. Quant au ténesme, il paraît lié

plutôt aux pressions plus fortes et plus étroitement circonscrites exercées par le col, plus dur, sur le col vésical et ses environs dans les rétroversions, sur l'extrémité inférieure du rectum dans les antéversions avec glissement en bas et en arrière.

Une complication qui n'est pas rare, et dont il faut faire la part, est l'existence d'hémorrhoïdes rectales ou même vésicales. Je ne m'y arrêterai pas ici : elle devait seulement être signalée; il importe d'en tenir compte dans le traitement.

Lorsque les causes qui tendent à produire les déviations surprennent l'utérus dans de mauvaises conditions de résistance, l'organe, au lieu d'être dévié en masse, se plie. Au lieu d'une *déviation*, on a une *flexion*. L'isthme qui sépare le col du corps de l'utérus étant la partie la plus faible, c'est à son niveau, niveau de l'orifice cervical interne, qu'ont presque toujours lieu les flexions.

C'est toujours au toucher qu'il appartient de constater ces déformations. Le doigt qui déprime le cul-de-sac vaginal antérieur arrive sur le point fléchi, dans les *antéflexions;* dans les *rétroflexions,* on y arrive en explorant le cul-de-sac postérieur. Il est une autre manière de pratiquer le toucher qui, bien qu'elle donne moins nettement la perception de la flexion que l'examen des culs-de-sac, doit toujours intervenir parallèlement : c'est l'examen de l'un ou des deux bords latéraux de l'utérus. En suivant le plan latéral à partir du col, on retrouvera la flexion, si elle existe; mais on reconnaîtra quelquefois en même temps qu'elle est due, non à la procidence du corps lui-même, mais à la saillie d'une tumeur développée dans ses parois ou à sa surface.

La position de l'orifice extérieur du col montre enfin, à peu près constamment, que l'antéflexion est accompagnée d'antéversion, et la rétroflexion de rétroversion. On voit par là que, dans ces déformations, l'utérus a cédé, au niveau d'un point faible, à un effort qui tendait à le déplacer en totalité.

Les symptômes propres aux flexions intéressent surtout la menstruation et les sécrétions utérines. Dans le plus grand nombre des cas, la menstruation est douloureuse, ordinairement abondante. Quant à la leucorrhée, elle n'est pas en rapport apparent avec les troubles de sécrétion de la muqueuse utérine. J'ai pu constater souvent, en effet, que la leucorrhée paraissant nulle ou presque nulle, on la rend très abondante en forçant, par des contractions provoquées, l'utérus à se vider.

Lorsque les conditions anormales se multiplient, les symptômes perdent de leur fixité, et la combinaison de l'élément nouveau avec les anciens augmente singulièrement le nombre des ensembles symptomatiques possibles. Nous verrons, lorsque nous aurons à suivre sur le terrain clinique la symptomatologie des hystéropathiques, que c'est dans les flexions que l'ensemble morbide présente la physionomie la plus variable.

L'énumération sommaire que nous venons de faire des signes physiques et fonctionnels des lésions de situation et de forme de l'utérus nous fait déjà prévoir que les conditions mécaniques jouent un rôle important dans leur histoire. Avant de passer en revue ces conditions, et de voir se confondre en partie les causes prochaines des déviations et des flexions avec les causes éloignées de l'engorgement, examinons dans quelle

mesure l'apparition des lésions qui nous occupent ici est favorisée par la structure de l'utérus, par ses rapports de voisinage, et par les influences qui lui sont extérieures.

Je ne m'arrêterai pas ici à une description de l'appareil utérin qu'on trouve dans tous les ouvrages classiques, me réservant seulement d'insister à l'occasion sur les conditions anato-

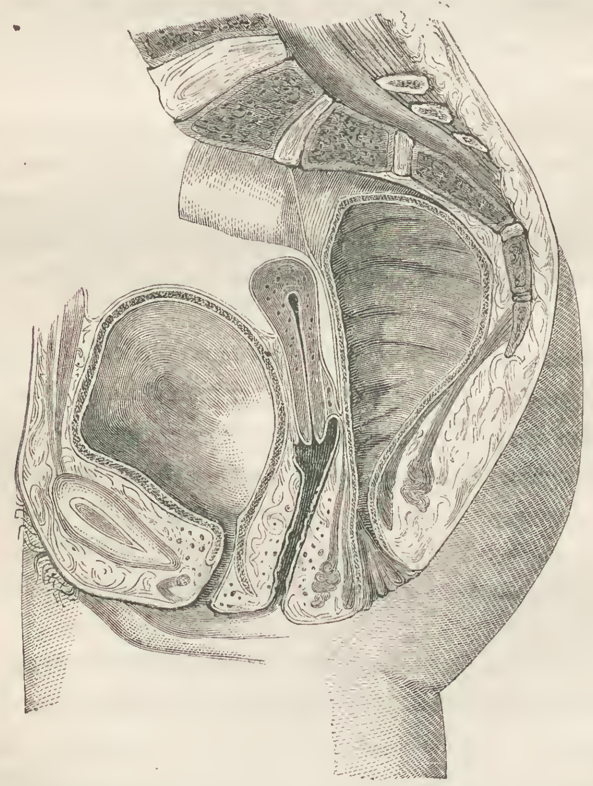


Fig. 1. — Coupe médiane antéro-postérieure du bassin d'une jeune fille de dix-neuf ans. (*Atlas d'anatomie chirurgicale homalographique* de E.-Q. Legendre.)

miques qui sont de nature à éclairer quelque point d'étiologie. La figure que voici, prise sur le cadavre congelé d'une jeune

fille, vous rappellera suffisamment les rapports normaux des parties pour aider, mieux que ne ferait aucune description, à l'intelligence des considérations que comportent ces rapports et de leur rôle dans la production des déviations et des flexions.

Chez le fœtus, le volume du col de l'utérus l'emporte de beaucoup sur celui du corps. L'ovoïde aplati que représente l'ensemble de l'organe a sa grosse extrémité placée en bas. Il semble que ces conditions devraient rendre les déformations rares dans le jeune âge.

Cependant Boullard (*Thèses de Paris,* 1853), se fondant sur un assez grand nombre d'autopsies, a pu prétendre que l'antéflexion est la règle et doit être considérée comme une disposition normale. L'inégalité du développement du corps et du col se traduisant, non seulement par les dimensions moindres du corps, mais encore par une épaisseur et une consistance moindres de son tissu, ce résultat peut s'expliquer par le défaut de résistance du parenchyme utérin aux actions mécaniques extérieures. Bien que Boullard paraisse être tombé sur une série de faits qui l'ont conduit à des moyennes sensiblement exagérées, on doit reconnaître que l'antéflexion est très commune chez le fœtus et chez la jeune fille. Considérant ce fait comme accidentel malgré sa fréquence, et l'attribuant au défaut de consistance du tissu d'un corps inachevé, j'ai pensé que l'assiette d'un col volumineux et ferme devait, en même temps qu'elle favorise l'antéflexion, s'opposer à l'antéversion. Or, bien que Boullard n'ait pas porté son attention sur ce point, il est à remarquer que les trois figures qui accompagnent son travail et offrent des spécimens de l'état de l'utérus chez le fœtus à terme, chez une jeune fille de six ans, et chez une femme

adulte nullipare, indiquent des antéflexions manifestes *sans antéversion*. C'est là un caractère qui distingue les antéflexions du premier âge de celles d'un âge plus avancé : celles-ci sont presque toujours accompagnées d'antéversion. Les différences entre les deux cas s'expliquent fort bien par les conditions de structure différentes que présente le corps utérin dans le jeune âge et chez la fille pubère ou la femme faite. En somme, l'antéflexion du jeune âge doit être considérée moins comme une disposition normale que comme un accident dont la fréquence s'explique par le peu de résistance qu'oppose un corps rudimentaire et mou à l'action de forces que nous allons passer en revue.

Tandis que le corps de l'utérus de la jeune fille est petit et d'une consistance molle, le col, d'un volume relativement considérable, est ferme et rosé; la muqueuse utérine est pâle; le développement des vaisseaux en rapport avec les seules exigences de la nutrition.

L'établissement de la menstruation amène des modifications profondes dans le fonctionnement, et, par suite, dans la nutrition de l'utérus. L'action immédiate de la menstruation peut se réduire aux effets d'une hyperémie passagère qui diminue momentanément la consistance du tissu de l'organe. Mais c'est là le cas le plus favorable; et, suivant Virchow, les règles produisent quelquefois un relâchement du tissu utérin comparable à celui que détermine l'accouchement. On conçoit combien, dans ces conditions, les pressions exercées par les organes voisins peuvent être efficaces pour déterminer, soit brusquement, soit petit à petit, des déformations de la matrice.

Chez une femme bien constituée, saine, dont l'appareil utérin n'est affecté d'aucune lésion et dont les règles suivent paisiblement leur cours, l'afflux du sang déterminé par le molimen menstruel aboutit, indépendamment de l'hémorrhagie, à une hyperémie passagère plutôt favorable que défavorable à une bonne nutrition. Mais, dans l'immense majorité des cas, les choses ne se passent pas ainsi : mille causes viennent entraver la circulation de retour, soit directement, soit par mécanisme réflexe : l'abus du corset, ou mieux l'usage de corsets mal faits, les embarras de la circulation de la veine cave inférieure et de ses affluents, la plénitude prolongée du rectum ou de la vessie, les variations de température non suivies de promptes réactions, les émotions vives, etc. Mais, de toutes les causes de stase ou de congestion, la plus importante est l'existence d'une stase ou d'une congestion antérieure. Un premier degré de congestion ou de stase s'étant produit, il ne peut que s'exagérer à la menstruation suivante, favorisé d'autre part par la persistance des causes qui l'ont amené. L'organe embarrassé devient de plus en plus incapable des réactions qui pourraient rétablir la liberté des voies circulatoires; ces réactions sont, d'ailleurs, de moins en moins sollicitées par un appareil nerveux sensitif engourdi. Ainsi se produisent, lentement d'ordinaire, mais d'une manière continue et progressivement, les engorgements utérins, résultat inévitable de l'accumulation des congestions ou des stases.

Enfin, il n'est peut-être pas de condition pathologique dont l'influence ne retentisse, par voie réflexe, sur la menstruation. Réciproquement, les troubles de la menstruation réagissent à leur tour d'une manière fâcheuse sur l'état général du sujet.

C'est à cette époque surtout qu'acquièrent de l'importance, au point de vue de la nutrition de l'utérus, mille conditions primitivement étrangères à l'appareil génital, sur lesquelles j'aurai plus tard à m'arrêter.

Si maintenant nous examinons ce qu'est la structure de l'utérus, nous arrivons à nous expliquer aisément comment se produisent les modifica' ions pathologiques qui s'observent à la suite de l'accouchement ou même simplement des menstruations irrégulières ou insuffisantes.

Après avoir décrit une tunique moyenne musculeuse dans l'oviducte, Kölliker constate l'existence de trois couches musculaires dans le parenchyme de l'utérus. Bien qu'elles ne soient pas très nettement séparées les unes des autres, et que les éléments contractiles y affectent des dispositions assez irrégulières pour représenter parfois un véritable feutrage, la dissection permet de les isoler et de leur constater une configuration d'ensemble qui, par places, est nettement reconnaissable.

« La couche la plus extérieure est constituée par une lame mince de fibres longitudinales embrassant le fond et les faces antérieure et postérieure de l'organe *jusqu'au col ;* cette lame musculeuse fait corps avec une couche plus épaisse de fibres circulaires qui se perdent latéralement dans les ligaments et dans la tunique musculeuse de l'oviducte. La seconde couche, ou couche moyenne, est la plus importante et la plus vasculaire; elle représente un feutrage constitué par des faisceaux musculaires plats, longitudinaux, transversaux et obliques, dans lequel serpentent des veines volumineuses. Enfin, la troisième couche, ou couche sous-muqueuse, est mince et constituée par un lacis de fibres longitudinales, transversales et obliques.

« La couche moyenne offre son maximum d'épaisseur au fond de l'organe. Dans le col, les fibres longitudinales sont moins abondantes et les fibres transversales prédominent. »

Cette dernière condition, jointe à l'étranglement normal dont le large sillon accuse le niveau de séparation du corps et du col, favorise la production des flexions au niveau de l'isthme cervico-utérin lorsque des pressions extérieures agissent d'une manière un peu soutenue sur les faces ou sur le fond de la matrice.

Kölliker a noté également que les éléments des faisceaux musculaires de l'utérus sont reliés entre eux par une grande quantité de tissu conjonctif ; enfin, que ce tissu forme la trame fondamentale de la muqueuse, qui est tellement unie à la couche musculeuse qu'on peut bien les distinguer l'une de l'autre sur des coupes, mais non les séparer exactement par la dissection.

Peu d'organes présentent donc à un aussi haut degré le mélange intime des tissus musculaire et conjonctif qui place l'utérus dans des conditions de nutrition de plus en plus défectueuses lorsque des stases successives ont affaibli la contractilité de ses éléments musculaires et amené un développement exagéré de sa trame conjonctive.

Enfin, la gêne apportée par l'hyperplasie conjonctive au trajet d'une circulation veineuse et lymphatique extrêmement abondante, ne peut manquer d'atteindre la nutrition de la couche muqueuse, et d'y déterminer les accidents qu'on sait être la conséquence des stases de ce tissu : hypersécrétion catarrhale muqueuse ou muco-purulente souvent très abondante, boursouflement, altération des follicules glandulaires, avec ulcération de la membrane à leur niveau.

Pendant la grossesse, la vascularité de la matrice augmente dans une proportion considérable ; les interstices fibrillaires s'agrandissent ; le feutrage musculaire est moins serré ; le tissu de l'organe perd, avec sa densité, son pouvoir de résistance aux actions mécaniques auxquelles il est exposé de toutes parts.

C'est après l'accouchement que ces causes de détérioration vont avoir leur effet, lorsque, comme c'est la règle constante, on abandonne la nature à elle-même. Le retrait incomplet de l'utérus entretient la mollesse et rend persistante la friabilité de ses parois. Les désordres locaux que laissait la répétition des fluxions menstruelles sont maintenant bien plus marqués ; ils vont s'accuser de plus en plus, soit par le fait du retour des grossesses, soit par le fait des influences accidentelles qui dérivent incessamment de la pratique d'une hygiène défectueuse ou des vicissitudes physiologiques d'un organisme éprouvé, soit enfin spontanément, — car le ressort d'un organe une fois perdu ou suffisamment amoindri, les simples excitations fonctionnelles sont devenues incapables de provoquer une réaction suffisante, et elles viennent augmenter le nombre des causes pathologiques. Aussi la parturition devient-elle la cause la plus efficace et la plus souvent déterminante des accidents qui nous occupent ici.

Les inductions qu'autorise l'anatomie normale sont pleinement légitimées par les données de l'anatomie pathologique.

Quand, en effet, on examine après la mort un utérus affecté d'engorgement chronique, on constate que son augmentation de volume est due à un épaississement des parois. « A l'examen microscopique du tissu de la matrice, dit Scanzoni, on recon-

naît dans cette affection une augmentation du tissu conjonctif provenant de l'organisation du liquide épanché entre les fibres musculaires ; la nature de cette maladie serait donc, au point de vue anatomique, une *hypertrophie du tissu conjonctif*. Lorsque cette hypertrophie est uniforme dans tout l'organe, elle produit nécessairement une compression ou peut-être même une oblitération partielle des vaisseaux; mais lorsqu'elle est plus développée dans quelques points, plus faible ou complètement nulle dans d'autres, il arrive que, dans ces derniers points, les vaisseaux et surtout les veines se dilatent par suite de la durée des troubles circulatoires et donnent lieu à des hyperémies partielles (c'est *congestions* qu'il faudrait dire). Il arrive aussi quelquefois que la pression du sang augmentant, les vaisseaux dilatés se rompent; et il en résulte des épanchements sanguins plus ou moins étendus, que l'on rencontre surtout dans les couches les plus internes et les plus externes du tissu de la matrice. Les mêmes causes qui donnent lieu aux troubles circulatoires et aux hyperémies (lisez toujours *congestions*) dans les parois de l'organe amènent ordinairement aussi une stase chronique dans les vaisseaux de la muqueuse utérine, jusqu'à la muqueuse de la portion vaginale où elles se caractérisent par de simples érosions ou par une ulcération plus profonde. »

Telles sont les lésions que présente l'utérus engorgé. Sur le vivant, quelques-unes peuvent être constatées directement ; divers signes ou symptômes permettent de conclure à l'existence des autres. Enfin, la nature de ces lésions accuse bien nettement que leur cause la plus puissante se trouve dans les anomalies de la menstruation ; qu'une fois produites, elles doivent agir à leur tour pour contrarier l'exercice de cette fonc-

tion ; qu'ainsi la marche de l'engorgement peut être lente, mais est inévitablement progressive.

Ici, Messieurs, les recherches histologiques faites jusqu'à ce jour nous laissent en présence d'une difficulté à la solution ultérieure de laquelle le concours de la clinique me paraît devoir être indispensable. L'organisation conjonctive à la genèse de laquelle il semble que nous venions d'assister n'est pas la seule forme d'hyperplasie de cet ordre dont l'utérus devienne le siège. Je vous ai déjà signalé, à l'occasion du diagnostic de l'engorgement, l'extrême fréquence des fibromes ; j'aurai à m'arrêter prochainement sur la variété d'aspect des tumeurs qu'ils constituent, représentant toutes les formes intermédiaires à la tumeur nettement circonscrite et à l'infiltration diffuse du parenchyme de l'organe. L'hypergenèse conjonctive et la prolifération fibreuse ont-elles les mêmes origines ? L'histologie porterait à l'admettre ; l'observation clinique, à le nier. Quelles conditions étiologiques séparent les fibromes diffus des tumeurs sphéroïdes ? C'est encore une question que nous ne saurions résoudre actuellement, mais que je devais vous signaler en passant.

A moins d'être produites subitement par une violence extérieure, les *versions* se présentent presque toujours comme complication de l'engorgement. Celui-ci constitue, en effet, la plus importante des conditions qui favorisent les déviations : sous son influence, l'inégalité de poids entre la partie supérieure de l'utérus et sa partie inférieure, entre son corps et son col, s'accuse de plus en plus.

Si l'utérus est ferme et homogène, si son poids seul est en

jeu, si, d'autre part, il est mollement soutenu, il bascule simplement. Son fond, normalement dirigé un peu en avant, tombe; sa face antérieure devient inférieure; on a une *antéversion.* Sous l'influence de pressions extérieures à l'organe, d'un décubitus dorsal trop prolongé à la suite de l'accouchement, le fond de l'utérus peut, au contraire, tomber en arrière; c'est alors la face postérieure qui devient inférieure : on a une *rétroversion.*

Mais nous avons supposé ferme et résistant un organe qui peut ne pas l'être, et nous n'avons tenu compte que de l'action en masse d'influences extérieures qui peuvent ne pas agir toutes dans le même sens. Si celles-ci sont assez variées, assez puissantes, si l'utérus résiste inégalement à leur action, il ploie; l'antéversion devient *antéflexion.* Versions et flexions prennent naissance dans des conditions extérieures identiques; on ne peut les étudier séparément.

Grâce à la mollesse du tissu utérin dans le jeune âge, les flexions des jeunes filles représentent plutôt des *courbures* que des *brisures.* Ces deux genres de déformation devraient être distingués l'un de l'autre si leur diagnostic différentiel n'était très difficile ou impossible dans nombre de cas. La distinction n'offre toutefois qu'une importance médiocre au point de vue thérapeutique, les indications curatives étant les mêmes; la brisure aggrave seulement le pronostic en ce qu'elle augmente les chances de rechute, exige un traitement plus long et une observation prolongée des malades à la suite d'une guérison qui a pu paraître complète.

Chez les jeunes filles, donc, on a affaire à des courbures plu-

tôt qu'à de véritables flexions. Lorsque le corps de l'utérus se développe, il se redresse, au moins dans la très grande majorité des cas. Mais ce redressement n'a pas toujours lieu : les causes de version ou de flexion extérieures à l'utérus peuvent suffire à l'empêcher.

Dans les cas où le redressement a pu s'effectuer, l'organe présente une homogénéité suffisante pour que les actions extérieures tendent moins à le fléchir qu'à le déplacer en totalité, qu'à produire des versions.

Nous avons déjà trouvé une double raison de la facilité avec laquelle se produisent les flexions dans l'étroitesse plus grande de l'utérus au niveau de l'isthme qui sépare son corps de son col, et dans le changement de direction des fibres musculaires dont la masse, surtout longitudinale dans le corps, devient transversale dans le col. Ces conditions ont assurément leur importance; mais la prédisposition aux flexions est d'ordinaire réalisée par un concours de circonstances dans lesquelles la structure normale de l'utérus ne joue qu'un rôle secondaire.

Deux opinions méritant d'être signalées ont été soutenues, en Allemagne, relativement à la genèse des flexions utérines, par Virchow et par Rokitansky. Tous deux ont constaté, dans les flexions, et une déformation, et une altération de structure du parenchyme utérin au niveau de la flexion; mais la flexion serait primitive, suivant le professeur de Berlin, tandis qu'elle serait consécutive, suivant Rokitansky.

Ces deux opinions sont fondées; et je ne crois pas qu'on puisse rendre compte des faits observés par l'adoption exclusive de l'une ou de l'autre. Les flexions reconnaissent des causes de deux ordres : les unes extérieures, les autres liées à

la structure de l'organe. Or, non seulement chacune de ces conditions peut être le résultat de l'action prolongée de l'autre, mais, dans le plus grand nombre des cas, toutes deux interviennent à la fois; aussi leur ordre de succession ou l'action prépondérante de l'une d'elles paraît-il suffire à justifier l'une ou l'autre opinion.

Parmi les arguments destinés à montrer pourquoi la rétroflexion, très rare chez les nullipares, est relativement commune chez les femmes qui ont eu des enfants, Rokitansky signale l'influence que doit exercer, immédiatement après l'accouchement, le poids de la paroi postérieure de l'utérus plus considérable que celui de la paroi antérieure, et l'affaiblissement du stroma cervical, soumis, pendant la grossesse, à une élongation plus grande dans sa moitié postérieure que dans sa moitié antérieure. Cette dernière considération explique comment les flexions inférieures à l'isthme du col sont moins rares en arrière qu'en avant.

L'étude anatomo-pathologique des flexions vient à l'appui de l'opinion mixte que je viens d'émettre. Tantôt on ne trouve que les désordres qui traduisent l'influence d'une pression longtemps soutenue : plicature de la face antérieure ou postérieure de l'isthme de l'utérus, — obturation plus ou moins complète de son orifice interne, — altérations sécrétoires consécutives à l'anémie locale déterminée par la compression, — atrophie ou induration, au niveau de la flexion, du tissu utérin dont les éléments musculeux ont disparu, ne laissant plus qu'un tissu conjonctif capable d'induration, de rétraction, et pouvant ainsi, à la longue, rendre la flexion de moins en moins curable. Tantôt, au contraire, on trouve plus marquées les altérations de

texture qui ont fait admettre à Rokitansky qu'une lésion de nutrition du parenchyme utérin était la condition primitive nécessaire des flexions : « Le corps de l'utérus est, à partir de son col, devenu friable dans sa substance, lâche et amincie, traversée par des vaisseaux rigides ; sa cavité est dilatée et remplie de liquides catarrhaux. Le col de l'utérus apparaît parsemé de vésicules de Naboth dont la déhiscence laisse des espèces de compartiments dont les faces lamelleuses opposées se rapprochent çà et là et se confondent entre elles. Cela se trouve surtout au niveau de l'orifice interne de l'utérus : dans ce point, la confusion des lamelles en question est arrivée à produire la rétraction cicatricielle du stroma conjonctif épuisé et atrophié... D'après ce qui précède, je crois, continue Rokitansky, que la cause des flexions réside dans l'utérus lui-même ; que cette cause est tantôt le défaut de renouvellement du stroma rigide du tissu conjonctif qui constitue la masse principale du col et se prolonge sur le corps de l'utérus, défaut qu'on rencontre après l'accouchement ; tantôt une altération de ce tissu conjonctif produite par un catarrhe. »

Les deux ordres de causes, intimes et externes, doivent donc être admises comme prépondérantes suivant les circonstances. Celles extérieures à l'utérus sont suffisantes pour empêcher la disparition de la flexion de l'enfant ou de la jeune fille, et pour produire une flexion quand l'utérus est ramolli après l'accouchement, quelquefois même peut-être dans le cours d'une menstruation. Quant à celles inhérentes à la structure de l'utérus, elles sont surtout la conséquence des lésions de l'engorgement chronique, parmi lesquelles le catarrhe joue un rôle d'une importance capitale.

Enfin, il ne faut pas perdre de vue que les troubles circula-

toires causés mécaniquement par une pression extérieure capable de produire une flexion, même légère, deviennent une cause d'engorgement. Ainsi s'accuse la constante influence réciproque d'actions que la pathologie descriptive doit examiner séparément, mais dont le concours est constant, toutes les fois au moins que l'affection évolue lentement et régulièrement.

Nous avons vu jusqu'ici que la situation et la forme de l'utérus, ovoïde dont la grosse extrémité est placée en haut, le prédisposent aux déviations; que ces conditions d'équilibre instable sont accrues par le fait des engorgements dont nous avons indiqué les causes multiples; enfin, que les troubles de nutrition liés à l'existence des engorgements, aux anomalies de la menstruation, au fait de la parturition, conduisent facilement la déviation à dégénérer en flexion. Il nous reste à passer en revue les influences exercées sur la position et la forme de l'utérus par ses rapports de voisinage.

Les conditions qui favorisent l'accomplissement de sa fonction gestatrice font à l'utérus une mobilité qui le dispose singulièrement aux déplacements de toute nature, mais surtout à l'abaissement et à l'antéversion. Qu'on suppose, en effet, ses attaches suffisamment relâchées, la pesanteur le fera glisser en bas, tandis que son axe s'inclinera en avant.

De tous les ligaments qui soutiennent l'utérus, les plus exposés à l'élongation sont les ligaments ronds, qui, se détachant en avant et latéralement de son fond, le relient à l'épine du pubis et à la partie supérieure des grandes lèvres. Leur raccourcissement incomplet après la parturition et même après certaines crises menstruelles, rend compte de la possibilité

des déviations en arrière, qui, sans cela, devraient être extrêmement rares.

Le relâchement des ligaments utéro-sacrés, qui naissent latéralement de la partie inférieure de la face postérieure de l'utérus pour aller s'attacher immédiatement en dedans de la symphyse sacro-iliaque, tendrait également à faciliter la rétroversion en même temps que l'abaissement.

On a généralement, dans l'étiologie des déviations, fait jouer un rôle considérable au raccourcissement des ligaments, surtout des ligaments ronds. Bien que ces parties renferment des éléments contractiles, je crois qu'on a singulièrement exagéré l'influence de ceux-ci en les supposant capables de réduire la longueur normale des ligaments, et que l'observation devra modifier une opinion qui ne paraît guère découler actuellement que d'une vue *à priori*. Peut-être le raccourcissement des ligaments pourrait-il se montrer comme conséquence de l'extension d'un processus inflammatoire intéressant les replis séreux dans lesquels ils sont situés? — Quel qu'en soit le mécanisme, un pareil raccourcissement aurait pour effet de faire basculer le fond de l'utérus en avant, et, par conséquent, de déterminer une antéversion, soit qu'il porte sur les ligaments ronds, soit qu'il porte sur les ligaments utéro-sacrés, dont la rétraction tirerait le col en arrière.

Quant aux ligaments larges, ils maintiennent l'utérus dans sa position en s'opposant aux déviations latérales, que nous savons être relativement rares.

Des états pathologiques peuvent créer à l'utérus des rapports anormaux qui le constituent à l'état de déviation, ou l'immobiliser dans une situation, normale ou non, de manière à empê-

cher son déplacement en totalité et le prédisposer ainsi aux flexions. Virchow a particulièrement insisté sur les conséquences qu'entraîne, à ce point de vue, la péritonite adhésive partielle, périmétrite ou péritonite iliaque, déterminant des adhérences aux organes voisins, ou changeant l'économie du mode de suspension de l'utérus. Il regarde la péritonite partielle comme procédant le plus souvent d'une inflammation catarrhale des trompes, et insiste sur les dangers du catarrhe utérin, constituant un foyer d'où peut, sous l'influence de la moindre cause accidentelle, surgir une irradiation inflammatoire.

Après avoir fait la part des conditions qui offrent une fixité relative, — structure de l'utérus avec les variations que lui font subir l'évolution nutritive et l'évolution fonctionnelle, rapports permanents normaux et anormaux, — il nous reste à tenir compte de conditions plus mobiles : des rapports de l'utérus avec la vessie et le rectum, et de l'influence exercée sur ces rapports par l'état de plénitude ou de vacuité de ces réservoirs excréteurs. Ici, les enseignements de l'anatomie pathologique font défaut ; on a dû partir de notions plus ou moins exactes sur les rapports des parties, et conclure par induction.

C'est surtout au point de vue des flexions qu'on s'est préoccupé des changements qui surviennent incessamment dans l'état du rectum et de la vessie ; je crois qu'ils ne sont pas moins intéressants à étudier dans leurs rapports avec la production des simples versions. L'état de plénitude de la vessie, lorsque l'utérus est d'ailleurs sain et qu'il a conservé ses rapports normaux, repousse son fond en arrière ; il en résulterait, avec le

temps, une élongation des ligaments ronds. Pareil effet serait produit sur les ligaments utéro-sacrés par la plénitude habituelle du rectum. Qu'on suppose ces deux conditions réunies, — et c'est presque la règle chez les femmes, — la conséquence sera une mobilité plus grande dans tous les sens, plus spécialement dans celui de la rétroversion, et surtout une plus grande facilité d'abaissement. Enfin, le rectum, et aussi l'intestin grêle, sont souvent distendus par des gaz ; dans ce cas, l'utérus est soumis à un ensemble de pressions postérieures et supérieures, dont la résultante, sensiblement perpendiculaire à l'axe du détroit supérieur, agit de manière à produire l'antéversion.

Que ces actions exercées par la vessie et le rectum trouvent le col utérin dans de mauvaises conditions de résistance, la version deviendra flexion. C'est ainsi que Virchow note comme causes d'antéflexion : la pression des intestins dilatés par des gaz, la plénitude de l'extrémité inférieure du rectum qui pousse le col en haut et en avant, la plénitude de la vessie quand le fond de l'utérus est fixé de manière à ne pouvoir se retirer, enfin la plénitude de la partie supérieure du rectum, lorsque les ligaments utéro-sacrés sont bien résistants.

L'influence de ces causes me paraît toutefois avoir été exagérée, sans quoi les rétroversions ou flexions seraient plus communes qu'on ne les rencontre chez les nullipares.

Il est deux conditions signalées comme causes d'antéflexion que je dois vous rappeler : la résistance qu'opposerait à l'extension de la vessie le péritoine du cul-de-sac vésico-utérin, et le mode de fixation du col utérin embrassé circulairement par le vagin.

Étant données la souplesse et l'élasticité du péritoine, je ne crois pas admissible qu'il puisse opposer au développement en arrière d'une vessie qui se remplit un obstacle dont il y ait à tenir grand compte.

Quant au mode d'insertion du vagin au col utérin, je ne pense pas que ce soit, comme on l'a prétendu, en fixant solidement le col tandis que le corps reste mobile, qu'il devienne une cause de flexion. Il me paraît plus rationnel d'admettre que l'axe du vagin faisant avec celui de l'utérus un angle ouvert en avant, l'action mécanique réciproque des deux parties tend à corriger les dispositions à l'antéversion lorsque l'utérus est suffisamment résistant; et, lorsque cette dernière condition n'est pas remplie, à compliquer l'antéversion d'une antéflexion.

QUATRIÈME LEÇON

Versions et flexions : statistique et étiologie

SOMMAIRE : Recherches statistiques destinées à élucider l'étiologie des déviations et déformations de l'utérus. — Discussion des documents. — Causes de leurs divergences et causes d'erreur dans leur établissement.

Messieurs,

Suivant depuis la naissance jusqu'à l'âge adulte l'évolution anatomique et fonctionnelle de l'utérus, nous avons pu trouver, aussi bien dans son procès normal que dans ses écarts en quelque sorte réguliers, des données suffisantes pour ébaucher l'histoire étiologique des affections les plus communes de l'appareil génital. Cette source d'informations n'est pas la seule à laquelle on ait puisé, et la statistique a été plusieurs fois appelée à donner ses enseignements dans cette question. Tantôt on lui a demandé de fournir un point de départ aux spéculations relatives au mécanisme des affections qui nous occupent ici; tantôt on y a cherché la vérification des opinions qu'on avait cru pouvoir asseoir sur des considérations d'ordre anatomique, mécanique ou physiologique.

Tout en reconnaissant que les documents réunis à ce sujet seraient insuffisants pour permettre de résoudre les questions d'étiologie que nous avons examinées dans la dernière leçon, je les crois assez intéressants pour mériter de vous être pré-

sentés. C'est surtout l'examen des conditions dans lesquelles ont été faites des observations non comparables entre elles, qui nous permettra de retirer des chiffres, même recueillis en petit nombre, quelques renseignements utiles. Aussi n'ajouterai-je pas entre eux, pour en tirer des moyennes qui ne répondent à rien d'effectif, les résultats publiés par les divers observateurs : mieux vaut constater les écarts et en chercher les raisons.

Boullard (*Thèses de Paris*, 1853) a fait 107 autopsies de fœtus et de jeunes filles, dans lesquelles il a trouvé 98 antéflexions. Dans les discussions auxquelles ce travail a donné lieu, on annonçait un nouveau mémoire de Boullard et Verneuil représentant une série d'observations dans laquelle les antéflexions étaient moins nombreuses, quoique toujours très fréquentes. Ce travail n'a pas paru.

Lorain (*Registre des autopsies faites en* 1853 *à la Maternité*) a fait 25 autopsies de fœtus chez lesquels il a trouvé : 6 antéflexions, 2 rétroflexions, 8 latéroflexions, 3 doubles flexions latérales, 6 positions normales.

Dans un hôpital d'enfants, sur des jeunes filles de 3 à 15 ans ayant succombé à des affections diverses, Soudry (cité par Aran : *Leçons sur les maladies de l'utérus*, 1858) a trouvé, sur 71 cas : 41 antéflexions, 11 antéversions, 15 rétroversions, 2 rétroversions avec antéflexion, 2 rétroflexions.

Dans des conditions identiques en apparence, c'est-à-dire dans un hôpital d'enfants, Goupil (*Clinique médicale sur les maladies des femmes*, t. II, 1862) a trouvé, sur 30 sujets : 14 antéflexions, 5 rétroflexions, 4 rétroversions, 7 latéroversions, dont 2 avec antéversion.

Sur 50 adultes nullipares de 17 à 30 ans, ayant succombé dans divers hôpitaux à des affections variées, Depaul (*Rapport à l'Académie de médecine,* 1854) a trouvé : 32 positions normales, 7 antéversions, 4 rétroversions, 3 antéflexions, 4 rétroflexions.

Sur 115 nullipares dont l'âge n'est pas indiqué, Goupil (*loc. cit.*) a trouvé : 41 antéflexions, 8 rétroflexions, 14 antéversions, 2 rétroversions, 7 latéroversions, 43 positions à peu près normales. Bien que l'origine de ces observations ne soit pas indiquée dans le travail où je les ai relevées, je crois que la plupart ont été faites à l'hôpital de Lourcine, circonstance importante à noter, comme on le verra plus loin.

Sur 48 adultes nullipares, Gosselin a trouvé 16 antéflexions, 11 antécourbures, 18 directions normales, 3 cas douteux. La distinction entre les antéflexions et les antécourbures aurait une grande importance au point de vue des renseignements étiologiques si elle était nettement définie et facile à reconnaître cliniquement. La confusion est malheureusement difficile à éviter dans la pratique, et si certaines brisures sont faciles à constater, on ne peut affirmer qu'une courbure apparente n'est pas consécutive à une flexion proprement dite Aussi dans le tableau ci-contre, où sont réunis les documents que je vous énumère, ai-je confondu sous le même chef les antéflexions et les antécourbures. Il ressort de la distinction faite par Gosselin que les chiffres qu'il a donnés sont des résultats d'autopsies, que, par conséquent, ses observations n'ont pas porté sur des sujets choisis.

Sur 61 adultes ayant eu une ou plusieurs grossesses, Richet (*Anatomie chirurgicale,* 1857) a trouvé 33 positions normales, 7 antéversions, 2 rétroversions, 3 latéroversions, 11 antéflexions,

3 rétroflexions et 2 latéroflexions. Ces observations ont été faites dans des autopsies; elles sont donc à rapprocher de celles de Gosselin.

Sur 114 adultes uni ou multipares, Goupil (*loc. cit.*) a trouvé 27 positions normales, 19 antéflexions, 29 rétroflexions, 37 antéversions, 4 rétroversions, 18 latéroversions ou flexions. Les conditions de l'observation n'ont pas été notées; il s'agit de données cliniques; mais sur quel public ont-elles été prises? — Sans doute, pour une grande partie, sur la population de l'hôpital de Lourcine, auquel Goupil a été attaché.

Panas (*Archives générales de médecine*, 1869) a examiné 114 jeunes filles et adultes exemptes de lésions utérines ou périutérines, et il a trouvé 12 antéversions, 40 antéflexions, 3 rétroversions, 3 rétroflexions, 12 latéroflexions, 3 directions normales. Ces observations ont été faites à l'hôpital de Lourcine. Il n'y a pas été tenu compte des conditions de nulliparité ou de grossesses antérieures.

Dans une première série d'observations (*Lésions de forme*, etc., 1871) j'ai trouvé, sur 69 adultes nullipares de ma clinique privée, 17 antéversions, 19 antéflexions, 9 rétroversions, 5 rétroflexions, 5 latéroversions ou flexions dont 4 avec antéversion et 1 avec antéflexion, 14 directions normales. Ces observations ont été prises sur des femmes malades, soit d'affections utérines, soit d'affections nerveuses hystériques, le plus souvent des deux à la fois. Un engorgement notable et de l'abaissement existaient dans la plupart des cas où la direction de l'utérus était normale.

Dans cette même série, dans les mêmes conditions d'observation par conséquent, j'ai trouvé, sur 137 femmes ayant eu une ou plusieurs grossesses, 52 antéversions, 38 antéflexions, 16 ré-

troversions, 15 rétroflexions, 4 latéroversions ou flexions, dont 2 avec antéversion et 2 avec antéflexion, 12 directions normales.

Observant toujours dans les mêmes conditions, c'est-à-dire sur des adultes de tout âge ayant eu ou non des enfants, j'ai réuni deux autres séries d'observations. J'aurai à vous indiquer tout à l'heure pourquoi je ne les joins pas simplement aujourd'hui à la première, et pourquoi, après la troisième série, j'ai cessé de poursuivre cette statistique.

La seconde série, comprenant 150 observations, m'a donné, sur 42 nullipares, 10 antéversions, 12 antéflexions, 5 rétroversions, 2 rétroflexions, 2 latéroflexions, et 11 directions normales; et, sur 108 femmes ayant eu des enfants, 46 antéversions, 20 antéflexions, 14 rétroversions, 10 rétroflexions, 4 latéroflexions, 14 directions normales.

La troisième série, de 134 observations, m'a donné, sur 45 nullipares : 11 antéversions, 15 antéflexions, 6 rétroversions, 4 rétroflexions, 9 directions normales; et, sur 89 femmes ayant eu des enfants, 25 antéversions, 12 antéflexions, 13 rétroversions, 15 rétroflexions, 2 latéroversions, 22 directions normales.

Les données de toutes ces observations ont été réunies dans le tableau ci-contre. Pour faciliter les comparaisons, les chiffres bruts y ont été convertis en chiffres proportionnels à 100. Je n'ai pu, faute d'indications suffisantes, utiliser les chiffres de Boullard, qui, ayant examiné 4 fœtus avant terme, 57 fœtus à terme, 19 filles de 2 à 13 ans, 27 adultes nullipares, n'a pas noté la répartition proportionnelle des 98 antéflexions qu'il attribue à la masse.

auxquelles expose ce procédé, je verrais une raison d'y renoncer dans son insuffisance vis-à-vis des indications qui dominent la situation. J'ai insisté, dans les leçons précédentes, sur l'importance de l'engorgement utérin, complication à peu près constante des versions et des flexions chez les femmes adultes, c'est-à-dire chez les femmes qu'on est appelé à soigner; je vous ai signalé, à ce propos, l'innocuité relative des déviations non compliquées d'engorgement, et l'infirmité déterminée par les engorgements un peu notables, alors même qu'ils ne sont compliqués d'aucune déviation. Or, loin de remédier aux engorgements, le traitement des déviations par les redresseurs intra-utérins tend plutôt à les augmenter. Ce défaut, que ne peuvent pallier ni les précautions, ni la surveillance, me paraît devoir faire proscrire absolument l'usage des redresseurs.

Je devais vous citer les redresseurs utérins, parce que leur usage, s'il n'est pas inoffensif, atteint du moins le but partiel qu'il se propose, et qu'aucun moyen n'avait permis antérieurement de satisfaire à l'indication qu'ils remplissent. Les raisons qui en commandent l'abandon suffisent toutefois à me dispenser d'entrer dans les détails de leur construction et de leur application, pour lesquels je renverrai aux compilations classiques ceux d'entre vous que ces détails intéresseraient.

Contre les *prolapsus* considérables, les moyens mécaniques de relèvement et de contention sont les seuls à recommander, mais à titre de simples palliatifs : les transformations qu'une longue procidence amène dans le volume, la forme, le poids et les rapports de l'utérus ne permettent pas de leur demander davantage.

A tous les degrés, les pessaires doivent être proscrits. Outre qu'ils manquent de points d'appui suffisants, ils aggravent une des conditions auxquelles il importerait le plus de remédier : la dilatation du vagin.

Restent les hystérophores, qui peuvent rendre de grands services quand l'abaissement est modéré, ou quand la chute, étant plus considérable, a pu être réduite. Je ne m'arrêterai pas à vous les décrire, un seul me paraissant remplir convenablement, sans entraîner d'inconvénients, l'indication de maintenir l'utérus relevé : c'est celui de Grandcollot (fig. 2).

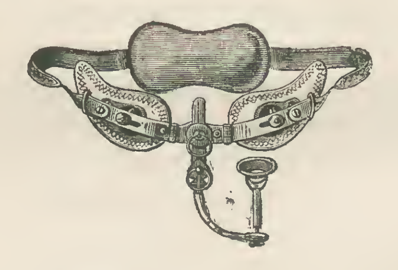


Fig. 2. Hystérophore de Grandcollot.

L'hystérophore de Grandcollot consiste essentiellement en un anneau formant cuvette, destiné à embrasser le col, et porté par une tige à pompe. Prenant ses points d'appui extérieurement, la cuvette peut être de dimensions assez exiguës pour ne pas encombrer et dilater le vagin ; capable des inclinaisons les plus variées sur sa tige, elle se prête à toutes les indications de position; enfin elle peut être, sans qu'il soit besoin de déplacer l'appareil, élevée ou abaissée sans qu'on ait à en modifier l'inclinaison. Les points d'appui sont fournis par une ceinture hypogastrique portée sur deux pelotes à air comprimé, à inclinaison facultative, se rattachant en arrière à un cous-

sinet lombaire. En avant, les pelotes sont reliées entre elles par une armature à double brisure, sur la partie moyenne de laquelle vient s'insérer à crémaillère un levier courbe qui porte l'hystérophore.

Étant données les ressources qu'offre l'appareil que je viens de vous montrer, je ne saurais plus accorder qu'un intérêt de curiosité aux opérations chirurgicales, — infibulation, épisioraphie, épisioraphie avec périnéoraphie, rétrécissement du vagin par cautérisation, incision de la muqueuse vaginale, élytroraphie, pincement et gangrène d'une paroi vaginale, — par lesquelles on a prétendu maintenir des abaissements réduits. Toutes ces opérations sont mauvaises ; nous venons de les voir généralement inutiles : c'est plus qu'il ne faut pour les repousser en bloc.

Nous en tenant donc à l'hystérophore de Grandcollot, vous verre que nous pouvons remplir partiellement, par la réduction du volume de l'utérus et un certain degré de raffermissement des ligaments, quelques-unes des indications auxquelles il satisfait, et en soulager le travail, résultat toujours désirable en orthopédie.

J'arrive, Messieurs, à la méthode de traitement qui m'est propre, méthode qui guérit toujours l'engorgement, souvent les déviations et les flexions, rend celles-ci inoffensives quand elle ne les corrige pas, et permet enfin d'atténuer sensiblement les incommodités que détermine un abaissement utérin modéré.

Les développements dans lesquels je suis entré sur l'engorgement simple, la définition que j'en ai donnée, les considérations que je vous ai présentées sur sa genèse, devaient servir

d'introduction à l'exposé des moyens thérapeutiques que je lui oppose, moyens qui s'adressent, avec de légères modifications opératoires, à ses complications les plus habituelles : aux versions, aux flexions, à l'abaissement.

En présence de l'embarras circulatoire, congestion ou stase, qui a causé l'engorgement, et qui, après en avoir été la cause, en devient l'effet à son tour, quelle est l'indication dominante? — Désobstruer, si la chose est possible. Si donc on peut imprimer à la circulation une activité artificielle susceptible d'être réglée, on opérera un *drainage* de l'organe, favorisant en même temps dans la plus forte mesure possible le processus des résorptions nutritives, et empêchant par là non seulement la situation de s'aggraver, mais permettant à l'affection une marche rapidement régressive.

Ayant autrefois essayé la faradisation d'une hydrocèle enkystée du cordon, j'avais vu que les pulsations de l'artère spermatique, qui n'étaient pas perçues dans les conditions normales, devenaient très sensibles pendant la faradisation, demeuraient très nettement perceptibles tant que durait l'opération, et cessaient immédiatement avec elle. La faradisation en masse d'une région y détermine donc une hyperémie, exactement limitée, comme durée, au temps durant lequel cette région est traversée par les courants d'induction.

D'autre part, dans les organes musculeux, le travail de la désassimilation nutritive se fait surtout pendant et par la contraction. Provoquer des contractions dans un muscle est donc un moyen d'y activer la nutrition languissante, et, par là, d'en prévenir ou même d'en faire cesser l'envahissement par le tissu conjonctif.

Telles sont les considérations qui m'ont conduit à agir par les courants d'induction sur les lésions des organes splanchniques caractérisées par une hyperplasie conjonctive entraînant l'atrophie ou l'impuissance fonctionnelle du tissu musculaire, notamment sur l'engorgement utérin.

Je vous signalais tout à l'heure l'hydrothérapie comme s'adressant d'une manière confuse aux conditions circulatoires. Nous savons que, par une succession d'actions suivies de réactions, elle peut devenir un agent général de résorption ; aussi a-t-elle été quelquefois appliquée avec un succès relatif, alors qu'il s'agissait de provoquer un travail de cette nature dans la masse utérine.

Avec la faradisation, je remplis la même indication d'une façon plus énergique, avec plus d'exactitude dans la localisation, et avec plus de sécurité quant à l'obtention de la réaction finale. Le but de l'opération est, je viens de vous le dire, de provoquer une hyperémie passagère, car c'est en provoquant l'hyperémie qu'on fait cesser le plus sûrement et le plus vite les congestions et même les stases. La supériorité de la faradisation sur l'hydrothérapie tient à ce qu'elle produit une hyperémie plus considérable, qui cesse aussitôt qu'on interrompt l'opération, et cela dans tous les cas; tandis que l'hyperémie de l'hydrothérapie, si elle a été obtenue trop laborieusement, si la douche n'a pas été supprimée à un moment voulu qu'il n'est pas toujours facile de saisir et qui varie suivant les sujets, risque de ne se dissiper qu'incomplètement, c'est-à-dire de devenir congestion. Chez les sujets très débiles et chez certaines diathésiques, la plus grande prudence ne met pas toujours à l'abri de cet accident.

Je crois, Messieurs, que l'*anémie locale* provoquée durant un temps suffisamment court, pourrait, si elle était plus facile à déterminer et à manier, remédier aux engorgements *jeunes*, c'est-à-dire aux engorgements congestifs ; et je m'explique par ce point de vue comment on a pu persévérer dans l'emploi des émissions sanguines locales. Mais, outre les inconvénients généraux de la déplétion sanguine, les applications de sangsues à l'utérus ne produisent ni anémie passagère, ni réaction hyperémique. La congestion qu'elles font cesser momentanément, lorsqu'elle ne dégénère pas en une inflammation, à laquelle prédisposent les pertes de sang, est remplacée bien vite par une nouvelle congestion. Le mieux qu'on puisse espérer de la saignée locale, et je ne crois pas qu'on l'ait maniée avec assez de dextérité pour prétendre atteindre ce but à coup sûr, serait d'avancer le moment où la *congestion* deviendra *stase*.

Cette considération du rôle possible des anémies locales provoquées en vue du traitement des congestions me paraissait devoir être indiquée, parce qu'il est des régions que l'on peut anémier passagèrement sans recourir aux émissions sanguines. Les moyens employés en diverses circonstances pour atteindre ce but ne sont toutefois pas encore applicables à l'utérus.

C'est donc par la production d'hyperémies successives de courte durée que je traite l'engorgement.

Enfin, Messieurs, trouvant dans la faradisation un moyen sûr et commode de provoquer des contractions utérines, j'ai dû songer à localiser celles-ci dans une des faces de l'organe, afin d'utiliser les contractions isolées de cette face pour la raccour-

cir et redresser ainsi l'utérus dévié ou fléchi en sens opposé.. Ainsi se trouvaient remplies les indications orthopédiques fournies par les complications d'ordre mécanique, par les déviations, en même temps que l'engorgement était attaqué par la suractivité imprimée aux phénomènes de la nutrition.

Lorsque les déviations sont compliquées de flexions, les indications orthopédiques restent les mêmes, ainsi que celles que comporte l'engorgement. Que les altérations de structure du parenchyme utérin spéciales aux flexions soient primitives ou consécutives, la guérison de ces altérations n'est possible qu'à la condition du redressement de la flexion.

Quelque soin que l'on prenne de localiser exactement l'excitation électrique, il est impossible d'agir sur une masse aussi conductrice qu'est le groupe des organes contenus dans la cavité pelvienne sans intéresser des parties autres que celles qu'on avait en vue. Mais la solidarité physiologique et pathologique des organes qui concourent à la formation d'un même appareil, ou qui, situés dans une même région, sont soumis aux mêmes influences générales, fait que la dispersion inévitable des courants est, dans ce cas, plutôt favorable que défavorable. Vous verrez, par les observations que j'aurai à vous citer, dans quelle mesure l'action exercée sur la circulation et sur l'innervation est venue en aide à la médication locale.

L'économie générale du traitement étant bien établie, avisons aux moyens d'exécution. L'appareil instrumental nous occupera d'abord.

La nécessité d'obtenir une succession rapide de courants d'induction aisément graduables commande, pour la faradisation de l'utérus, le choix d'un appareil à moteur voltaïque. Or,

un défaut commun à tous les appareils employés en médecine à l'époque de mes premières opérations, était l'absence d'une graduation commode au-dessous d'un minimum normal qui, insuffisant au milieu ou vers la fin d'une séance, est toujours trop énergique au début d'une opération un peu délicate. Pour éviter cet inconvénient, je fais usage d'un circuit mobile dans lequel l'intensité des courants induits varie selon qu'on le rapproche plus ou moins du circuit inducteur.

Après avoir d'abord employé les circuits mobiles, inducteurs ou induits, d'un appareil que j'avais fait construire en vue de recherches sur un point d'électro-physiologie, je vis que les effets apparents n'offraient pas de rapport appréciable avec l'orientation constante ou alternante des courants, mais seulement avec leur tension et leur quantité. Le moteur pouvait dès lors se simplifier : libre de n'employer qu'un des circuits, on le conservait mobile, immobilisant l'autre. J'utilisai donc uniquement le circuit induit, comme dans l'appareil à glissière de Siemens et Halske, ajoutant toutefois à cet appareil un jeu de bobines induites montées avec des fils de grosseurs différentes, bobines pouvant se substituer les unes aux autres, et fournir ainsi des courants induits de tensions diverses. L'instrument ainsi modifié, et dont Gaiffe a multiplié les types pour le faire répondre aux besoins du laboratoire comme de la pratique sédentaire ou ambulante, est celui que vous avez tous entre les mains (fig. 3); je ne vous le décrirai pas davantage.

Quelques données physiques et physiologiques doivent être très présentes à l'esprit lorsqu'on se dispose à faradiser l'utérus; je vous rappellerai sommairement les principales :

1° Les courants induits déterminés dans un circuit fermé

par une source inductrice invariable ont d'autant plus d'intensité et d'autant moins de tension que le fil du circuit induit est

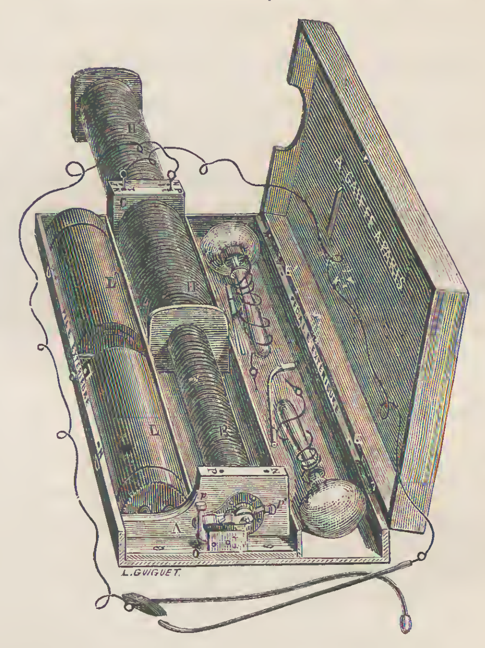


Fig. 3. Appareil volta-faradique de l'auteur. Grand modèle portatif. LL', couples au chlorure d'argent fournissant le courant indicateur. — B, hélice indcutrice. — H et H', hélices induites portées par le même axe, et entrant sur B par un bout ou par l'autre, suivant qu'on veut utiliser H ou H'. — C. billot sur lequel viennent aboutir les extrémités des deux hélices induites, et sur lequel s'attachent les réophores. — p, levier articulé qui commande l'interrupteur automatique et une pédale interruptrice.

plus gros; ils ont, au contraire, d'autant plus de tension et d'autant moins d'intensité que ce fil est plus fin.

2° La réaction présentée par les tissus contractiles interposés dans le circuit est, pour une même rapidité de l'état variable des courants, d'autant plus considérable que ces courants ont plus d'intensité ou de quantité; et cela aussi bien

lorsqu'on agit sur les tissus contractiles appartenant aux appareils de la vie végétative que sur ceux appartenant aux appareils de la vie de relation.

3° Les influences qui décident les réactions présentées par les nerfs de la sensibilité générale, ne sont plus les mêmes lorsqu'on fait agir les courants sur les organes splanchniques que lorsqu'on les fait agir sur les organes de la vie animale. En effet, tandis que la sensibilité cérébro-spinale, affectée d'autant plus qu'on augmente à la fois la quantité et la tension, l'est pourtant davantage par l'augmentation de la tension que par l'augmentation de la quantité, le contraire a lieu pour la sensibilité ganglionnaire.

4° Dans les faradisations pratiquées en vue de provoquer les réactions de la contractilité, on se trouve conduit, lorsque la sensibilité est demeurée intacte, à se guider sur les réactions de cette dernière propriété pour disposer de la manière la plus convenable de la quantité et de la tension des courants à employer.

Si nous cherchons maintenant à tirer de ces données la règle qui devra guider dans le cas particulier de la faradisation de l'utérus, nous voyons qu'il y a lieu de faire varier les bobines employées en raison des variétés que peuvent présenter les susceptibilités individuelles, en raison aussi des procédés adoptés.

Voulant provoquer des contractions, on doit tendre, d'une manière générale, à employer des bobines à gros fil. Cependant il est des cas dans lesquels on ne peut y arriver que progressivement, après avoir tâté la susceptibilité du sujet avec des bobines à fil fin. A mes débuts dans cette voie, je ne manquais jamais, quand j'appliquais un procédé intéressant à la fois

la sensibilité cérébro-spinale et la sensibilité ganglionnaire, de rechercher, avec des courants de tension moyenne, laquelle réclamait le plus de ménagements dans chaque cas particulier; et je partais de cette épreuve pour choisir la bobine définitive. Vous pouvez voir que nous avons renoncé à peu près complètement ici à ces tâtonnements préliminaires : avec la précaution de n'augmenter que très doucement l'intensité des courants employés, on peut presque toujours agir dès l'abord avec la bobine à gros fil.

Quant aux indications spéciales fournies par les anomalies de la sensibilité, elles peuvent se résumer dans la recommandation suivante : dans les cas d'analgésie, donner la préférence aux courants qui agiraient le plus vivement sur la sensibilité de l'organe analgésique si celui-ci se trouvait dans les conditions physiologiques normales.

Ce que je viens de vous dire des indications générales fournies par le mode de sensibilité des parties sur lesquelles on opère m'amène à la question de l'orientation à donner aux courants.

Bien que les courants induits des appareils volta-faradiques soient de directions alternativement contraires, l'orientation n'est pas indifférente. En effet, des deux courants successifs, il en est un, le courant induit de rupture, qui provoque des réactions plus vives de la contractilité et de la sensibilité. Dans les applications médicales, on envisage les courants successifs comme s'ils étaient tous de même sens que le courant induit de rupture ; et ce dernier donne les noms de ses pôles aux extrémités des réophores où s'attachent les excitateurs.

Cela posé, on constate que deux excitateurs identiques étant

appliqués sur des parties exactement comparables au point de vue de la sensibilité, soit sur deux points symétriques, la douleur perçue est plus vive au niveau de l'excitateur en rapport avec le réophore négatif. Il en résulte que, lorsqu'on agit sur des parties inégalement sensibles, il est bon de mettre l'excitateur négatif en rapport avec la partie la moins sensible, ici, avec le col de l'utérus. Normalement, en effet, le col de l'utérus est à peine sensible; la vessie et l'urèthre le sont davantage; le rectum, plus encore. Mais ces indications générales sont quelquefois en défaut, et il peut se faire qu'une analgésie vienne rendre opportun le renversement du courant employé d'abord. Les anomalies de sensibilité de la vessie et du rectum ne sont pas rares dans les états nerveux qualifiés hypochondriaques et hystériques. En pareil cas, on n'attendra pas que ces parties soient aussi peu sensibles que l'utérus pour leur appliquer l'excitateur négatif.

Je m'arrêterai peu sur les excitateurs qu'il convient d'employer.

L'excitateur *rectal* (fig. 4) consiste en une olive portée sur une sonde métallique isolée, dont la courbure reproduit à peu près celle de la concavité du sacrum. Autrefois, j'avais fait faire l'olive en corne ou en ivoire, ne laissant, à sa surface, de partie métallique que celle qui devait être en rapport avec la face postérieure de l'utérus. La précaution de tailler la masse de l'olive dans une substance isolante avait pour but d'empêcher sa moitié postérieure d'agir inutilement sur la paroi de l'intestin ou sur les nerfs qui émergent des trous sacrés. J'y ai renoncé bientôt, et suis revenu à l'olive métallique, qui, maintenue appuyée sur la face postérieure de l'utérus, n'agit pas sur les

nerfs sacrés lorsque l'intestin est vide. Lorsque, au contraire, l'intestin contient des matières fécales, celles-ci conduisent les courants aux nerfs des membres inférieurs, alors même qu'on emploie l'olive non conductrice. J'engage donc les malades à prendre un lavement avant les séances dans lesquelles il faudra agir par le rectum. Une cuillerée d'huile émulsionnée devra être ajoutée au lavement, sans quoi l'intestin présenterait une sensibilité trop vive, que je ne crois pouvoir attribuer qu'à une desquamation épithéliale produite par le lavage à l'eau simple.



Fig. 4. Excitateur rectal.

L'excitateur *vésical* (fig. 5) est une forte sonde de femme, recouverte d'un enduit isolant jusqu'à 2 1/2 centimètres environ de son extrémité. On donne une légère courbure à la partie métallique, qui doit appuyer sur la partie postéro-inférieure de la vessie, et une courbure en sens inverse vers la partie moyenne de la portion isolée de la sonde.

L'excitateur *utérin* (fig. 6) consiste en une sonde plus grêle, isolée de même. Il est bon d'en avoir plusieurs, de calibres différents, les uns droits, les autres courbes vers leur extrémité. Les premiers sont d'une introduction plus facile dans les cas de rétroversions; les seconds, dans les cas d'antéversions.

A ces excitateurs il faut joindre des boutons recouverts de

peau mouillée, destinés à fermer le circuit sur les parois abdominales dans les cas où il n'est pas indiqué d'introduire dans



Fig. 5. Excitateur vésical. Fig. 6. Excitateur utérin.

les cavités muqueuses plus d'un excitateur viscéral. Depuis vingt ans j'ai renoncé aux boutons métalliques, alors exclusivement

en usage, pour leur substituer, toutes les fois que la chose a été possible, des boutons de charbon. On évite ainsi les pertes de conductibilité en rapport avec l'altération des surfaces métalliques ; de plus, la peau qui recouvre les boutons de charbon se mouille plus vite, plus complètement, et se conserve mieux. Leur garniture est plus parfaite encore en interposant au charbon et à la couverture de peau une couche d'agaric; cette addition est indispensable lorsqu'on emploie les courants voltaïques continus. M. Gaiffe fait encore, comme excitateurs abdominaux, de larges plaques d'étain garnies de la même façon, qui sont préférables toutes les fois qu'on a besoin d'agir par une très large surface, notamment pour fermer le circuit d'un moteur voltaïque dans les applications chirurgicales.

Certaines complications, parmi lesquelles je ne ferai qu'indiquer la paralysie du rectum, les algies uréthrales, le relâchement de l'utérus sans déplacement avec dilatation de l'orifice cervical interne, peuvent rendre utile la faradisation isolée d'une cavité. Je me sers dans ces circonstances d'excitateurs doubles, utérins, rectaux, uréthraux (fig. 7, 8, 9).

Les procédés de faradisation de l'utérus sont variés, comme les indications qu'ils ont pour but de remplir.

Dans l'*engorgement* simple, le but que je me propose est de provoquer des contractions de la totalité de l'utérus.

On y arrive le plus simplement par la faradisation *abdomino-utérine.* La malade étant couchée comme pour l'examen au spéculum, on applique au-dessus du pubis, des deux côtés des muscles droits, les boutons, attachés à un réophore bifurqué positif, qui fermeront le circuit sur l'abdomen. L'excitateur

utérin est ensuite engagé dans le col, ou même, lorsque l'orifice cervical interne est suffisamment libre, poussé jusqu'au

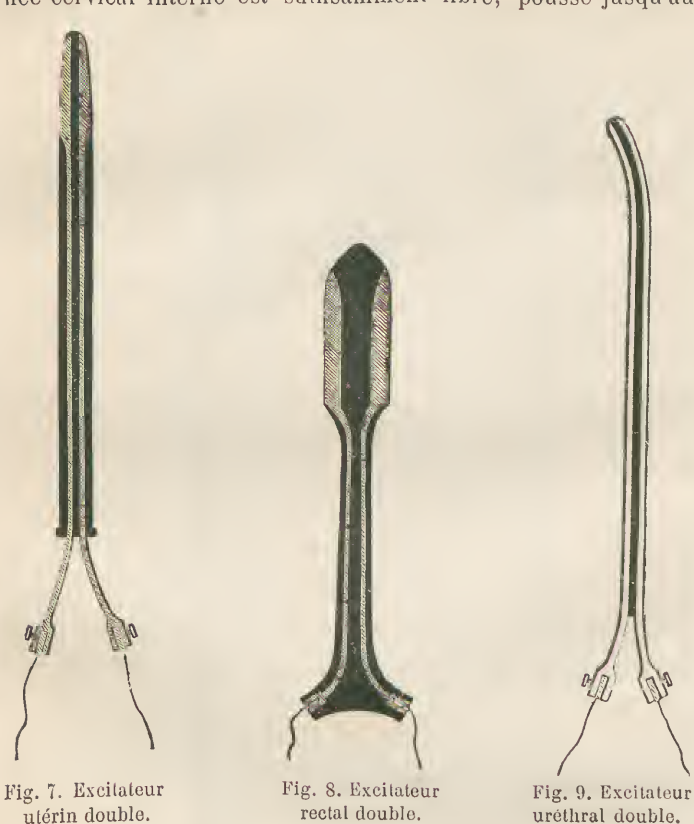


Fig. 7. Excitateur utérin double.

Fig. 8. Excitateur rectal double.

Fig. 9. Excitateur uréthral double.

fond de l'utérus, en lui faisant longer la face palmaire de l'index gauche pratiquant le toucher. On attache à cet excitateur le réophore négatif.

On met alors en marche l'appareil, la bobine induite, qui porte les réophores, laissant d'abord complètement découverte la bobine inductrice; puis on augmente l'intensité du courant

CATÉGORIES ET NOMBRE D'OBSERVATIONS	ANTÉVERSIONS	ANTÉFLEXIONS	RÉTROVERSIONS	RÉTROFLEXIONS	LATÉROVERSIONS ET FLEXIONS	DIRECTION NORMALE	AUTEURS	ORIGINES
25 fœtus................	»	24	»	8	44	24	Lorain	Autopsies
69 jeunes filles...........	15.94	59.42	21.74	2.90	»	»	Soudry	—
30 —	»	46.66	13.33	16.66	23.33	»	Goupil	—
50 adultes nullipares.....	14	6	8	8	»	64	Depaul	Autopsies
115 —	12.17	35.65	1.73	6.96	6.08	37.39	Goupil	Clinique
45 —	24.44	35.55	»	»	»	40	Gosselin	Autopsies
69 —	24.64	27.53	13.04	7.24	7.24	20.29	Tripier	Clinique spéciale
42 —	23.85	28.57	11.90	4.76	4.76	26.19	—	—
45 —	24.44	33.33	13.33	8.88	»	20.00	—	—
Moy. des 3 séries précéd. 156 adultes nullipares.....	24.35	29.48	12.82	7.05	4.48	21.79	Tripier	Clinique spéciale
61 ad. uni ou multipares.	11.47	18.03	3.27	4.91	8.20	54.09	Richer	Autopsies
114 — ..	32.45	16.66	3.50	7.89	15.78	23.68	Goupil	Clinique
137 — ..	37.95	27.74	11.67	10.95	2.92	8.75	Tripier	Clinique spéciale
108 — ..	42.60	18.52	14.81	9.26	3.70	14.81	—	—
89 — ..	28.01	13.48	14.59	16.84	2.24	24.71	—	—
Moy. des 3 séries précéd. 334 ad. uni ou multipares.	36.82	20.95	12.87	11.97	2.99	14.37	Tripier	Clinique spéciale
114 jeunes et adultes......	10.52	35.10	2.63	2.63	10.52	38.60	Panas	Clinique

En présence de la proportion considérable des flexions signalées chez le fœtus et chez les très jeunes enfants, j'ai pensé qu'il serait intéressant, pour arriver à se rendre compte de ce que deviennent ces flexions, de multiplier les observations, en tenant compte de l'âge des malades. C'est ce que j'ai fait pour les 490 observations que j'avais prises, ne me dissimulant cependant pas que les sujets que j'ai eus à examiner étaient dans des conditions spéciales qui devaient me donner pour les anomalies de situation ou de forme de l'utérus des chiffres plus élevés que la moyenne générale.

Le tableau suivant, dans lequel j'ai classé les sujets par âge, est donc surtout un cadre à remplir. La première série comprend les femmes ayant moins de 25 ans, c'est-à-dire de la nubilité jusqu'au moment où le développement sexuel devient complet ; la deuxième, comprenant les femmes de 25 à 45 ans, répond à la période du plein épanouissement sexuel, sa limite étant fournie par l'époque moyenne de la cessation de la menstruation ; la troisième représente la période de décadence.

Les nombres des cas de chaque série demeurent trop peu considérables pour que j'aie cru devoir les convertir en nombres proportionnels. Cette opération eût pu conduire trop facilement à tirer des conclusions que ne comportent ni le nombre des faits ni la spécialité des conditions dans lesquelles ils ont été recueillis.

	Moins de 25 ans		De 25 à 45 ans		Plus de 45 ans		TOTAUX		
	nullip.	accouc.	nullip.	accouc.	nullip.	accouc.	nullip.	accouc.	
Antéversions. . . .	5	6	10	34	2	12	17	52	69
	2	9	7	33	1	4	10	46	56
	3	2	6	20	2	3	11	25	36
Antéflexions.	6	6	13	29	»	3	19	38	57
	5	3	7	17	»	»	12	20	32
	7	»	8	11	»	1	15	12	27
Rétroversions. . . .	6	2	3	13	»	1	9	16	25
	1	2	4	11	»	1	5	14	19
	2	3	4	9	»	1	6	13	19
Rétroflexions. . . .	2	3	3	12	»	»	5	15	20
	»	2	2	8	»	»	2	10	12
	»	3	4	12	»	»	4	15	19
Latéroversions et flexions.	1	»	4	4	»	»	5	4	9
	2	1	»	2	»	1	2	4	6
	»	»	»	2	»	»	»	2	2
Direction normale	4	»	10	10	»	2	14	12	26
	5	2	5	11.	1	1	11	14	25
	1	3	5	16	3	3	9	22	31
TOTAUX									
1re série	24	17	43	102	2	18	69	137	206
	41		145		20		206		
2e série.	15	19	25	82	2	7	42	108	150
	34		107		9		150		
3e série.	13	11	27	70	5	8	45	89	134
	24		97		13		134		
	99		349		42		490		

Tout en nous gardant d'abuser des chiffres, nous pouvons en tirer quelques indications. D'une manière générale, ils confirment ce que nous avons dit dans la dernière leçon des conditions d'âge et d'évolution sexuelle qui favoriseraient la production des déviations et des flexions; mais ils ne le con-

firment qu'autant qu'on tient compte des circonstances dans lesquelles ont été prises les observations.

Et d'abord les autopsies de Lorain tendent à établir, contrairement à l'opinion de Boullard, que l'antéflexion n'est pas une conformation normale, mais un accident, fréquent sans doute, dont rendent fort bien compte les conditions de structure et de milieu où se trouve l'utérus pendant et après la vie fœtale. Le corps de l'utérus constitue alors une sorte de bonnet mou renversé au-devant d'un col volumineux ferme et bien assis. C'est là une flexion sans version, par où elle se distingue de celles qui se produiront plus tard. Que deviendra-t-elle ? — Ou elle se corrigera à mesure que se formera le sujet, ou elle persistera en partie comme arrêt de développement, ou elle deviendra une flexion véritable.

L'opinion d'après laquelle les flexions de l'âge fœtal et de la première enfance se corrigeraient par le fait du développement a été développée par Cusco (*Thèses de l'agrégation,* 1853). Les relevés de Soudry et de Goupil, établis d'après des autopsies de jeunes filles, tendraient à l'infirmer. Je crois cependant que Cusco a signalé une tendance réelle; et que si celle-ci n'est pas accusée par les chiffres de Soudry et de Goupil, cela tient à ce que les observations de cette série ont été prises dans un hôpital d'enfants, sur des sujets ayant succombé pour la plupart aux affections qui traduisent le plus nettement l'insuffisance générale de la nutrition et des ressources qui pourraient favoriser le développement.

Un point à noter, mais dont l'explication ne me paraît pas pouvoir être donnée sans un complément d'information dont les éléments font défaut, est l'écart, quelquefois considérable, qu'on trouve entre les chiffres de Soudry et ceux de Goupil,

recueillis dans des circonstances qu'on pourrait croire identiques.

L'écart est moins grand, pour les nullipares adultes, entre les chiffres de Goupil et les miens. Nous trouvons pour les flexions des nombres qui se rapprochent de ceux notés chez le fœtus par Lorain, avec cette différence que les latéroflexions ont presque disparu et que leur absence est compensée par l'existence des versions, qu'on ne trouvait pas chez le fœtus. Ce fait est un argument en faveur de l'opinion qui reconnaît aux flexions du fœtus une tendance à se corriger.

Enfin, si j'ai donné pour les anomalies de situation et de forme de l'utérus des chiffres un peu supérieurs à ceux de Goupil, cela tient à ce que mes observations ont porté sur un public d'hystéropathiques, tandis que celles de Goupil lui ont été fournies, au moins pour la meilleure partie, par le public de l'hôpital de Lourcine, où les sujets jeunes sont en grande majorité, et où les affections utérines sont assez rares pour que j'aie dû renoncer à y démontrer mes procédés de redressement utérin dans le service qu'avait autrefois mis à ma disposition mon ami Adolphe Richard.

Les résultats obtenus par Depaul diffèrent notablement des nôtres. Recueillis sur des sujets ayant succombé, dans divers hôpitaux, à des affections étrangères à l'appareil génital, ils devaient présenter, et présentent en effet une proportion bien moindre de déviations et de déformations. Ceux de Gosselin s'en rapprochent davantage, au moins pour les déviations et flexions antérieures. Il est remarquable que quarante autopsies ne lui

aient pas fourni un seul exemple de déviation ou de flexion en arrière.

Chez les femmes uni ou multipares, je trouve encore les lésions de forme et de situation de l'utérus plus communes que ne les trouve Goupil, ce qui tient vraisemblablement toujours à ce que mon observation a porté sur des femmes amenées chez moi par des affections utérines. Richet, prenant ses chiffres dans des autopsies de malades quelconques, devait trouver, et a trouvé en effet les déplacements moins fréquents.

Un trait commun à ces diverses séries d'observations est la fréquence des déviations et flexions antérieures, bien plus nombreuses que les rétroversions et rétroflexions. Ce résultat avait déjà été annoncé par la plupart des auteurs, notamment par Cruveilhier, Deville, Rokitansky, Virchow, et il ne saurait faire l'objet d'un doute. Cependant Kiwish et Ch. Mayer, se fondant sur des observations cliniques, ont avancé que les rétroflexions étaient plus communes que les antéflexions. J'ai cru pouvoir expliquer la divergence des conclusions par les circonstances dans lesquelles ont observé les derniers, tout spécialement adonnés à la pratique gynécologique. Il est remarquable, en effet, que la plupart des malades atteintes d'affections utérines commencent par réclamer le secours du médecin à l'occasion des symptômes éloignés de ces affections, et qu'elles ne font rien, le plus souvent, pour nous mettre sur la voie d'un diagnostic étiologique exact. Or les déviations en arrière sont plus directement incommodes, tandis que celles en avant, plus aisément supportables, n'amènent guère à consulter tant qu'elles ne se compliquent pas de symptômes géné-

raux ; c'est alors sur ceux-ci que se porte l'attention, et c'est à leur occasion qu'on s'adresse à son médecin habituel plutôt qu'à un spécialiste. Les lésions postérieures conduisent donc chez le spécialiste, tandis que, pour les lésions antérieures, on s'adresse au premier venu. Ainsi s'explique comment, en raison de leur notoriété spéciale, Kiwish et Mayer peuvent rencontrer les déviations en arrière plus souvent que les déviations en avant. Ici, même, depuis que nous tendons à restreindre dans cette clinique la part faite à la pathologie nerveuse pour suffire à notre clientèle hystéropathique, vous pouvez voir prédominer les déplacements en arrière ou les affections de la paroi postérieure de l'utérus. Si j'avais poursuivi mes relevés statistiques en limitant la quatrième série au public qui fréquente ce dispensaire, nous trouverions, pour les deux dernières années, des chiffres sensiblement différents de ceux de nos relevés antérieurs consignés dans le tableau que nous discutons.

Ch. Mayer a admis encore que l'antéflexion étant plus commune chez les jeunes femmes et chez les nullipares, la rétroflexion le deviendrait chez celles qui ont eu des enfants. Cette proposition, qui me semblait inadmissible il y a douze ans, ne me paraît encore aujourd'hui, dans la mesure où elle est posée, acceptable que sous la réserve des conditions par lesquelles j'ai cru pouvoir expliquer l'opinion générale des deux auteurs cités plus haut sur la fréquence relative des déviations en arrière.

Il semble impossible, cependant, de ne pas admettre que la parturition intervienne comme cause de rétroflexion, ainsi que le professait Rokitansky, expliquant la fréquence plus grande des déviations et déformations en arrière chez les femmes qui avaient accouché, parce qu'alors la paroi postérieure de l'utérus

offre une masse plus considérable que l'antérieure, en même temps qu'une déchirure du stroma cellulo-fibreux postérieur de l'isthme et du col se trouve facilitée par l'élongation plus grande en arrière que subit ce stroma pendant la grossesse : si le stroma cède, il y a flexion; s'il résiste, version; quelquefois la rétroflexion se produit, non au niveau de l'isthme, mais au milieu du col.

Une opinion fort répandue, au moins chez les malades, est que les flexions peuvent être effacées par la grossesse; il en est peu, en effet, à qui un médecin n'ait promis la guérison à cette condition. Cette assertion n'est-elle qu'une ingénieuse défaite ? Repose-t-elle sur des observations? — Après avoir vainement cherché à me renseigner sur ce point dans les auteurs, je me suis trouvé conduit à admettre que si la grossesse peut favoriser la guérison d'une flexion, le fait doit être extrêmement rare. Ayant eu l'occasion d'examiner non gravides quelques femmes qu'il m'a été donné d'observer de nouveau après l'accouchement, j'ai constamment retrouvé, au second examen, les déviations et déformations observées d'abord; une fois, cependant, une antéflexion notée chez une nullipare de vingt ans avait fait place, après une grossesse, à une antéversion; une autre fois j'ai vu une légère antéversion corrigée. Mais ces cas paraissent l'infiniment rare exception.

La grossesse crée sans doute des conditions qu'on pourrait, au moment de l'accouchement, utiliser en vue de corriger les déviations et même quelques flexions; nous verrons, dans le cours de ces leçons, ce qui peut être tenté dans ce but. Mais étant données les pratiques obstétricales classiques, on peut prévoir que, dans la grande majorité des cas, les grossesses

augmenteront plutôt qu'elles ne corrigeront les déformations ; et c'est ce que confirme l'observation, montrant que, d'une manière générale, ces lésions sont d'autant plus accusées que les femmes ont eu plus de grossesses.

L'observation courante suffit-elle pour nous fixer sur ce qu'il faut penser de la guérison des versions et flexions par la grossesse ? Non, pas encore. Nous voyons bien des malades, à qui on avait promis la guérison si elles pouvaient avoir une grossesse, arriver à la grossesse et en sortir plus endommagées qu'auparavant ; mais il faut reconnaître que s'il en était que la grossesse eût guéries, elles n'auraient aucune raison de venir nous le dire. L'observation peut donc nous induire en erreur, parce qu'elle porte en réalité sur des sujets choisis. La statistique pourra peut-être en étendre la surface et corriger nos impressions à cet endroit.

Or, si je me reporte au premier de nos tableaux, et spécialement aux deux colonnes qui donnent les moyennes de mes observations chez les nullipares et chez les femmes qui ont enfanté, j'y vois tout d'abord que, chez les femmes qui ont eu des enfants, les directions normales sont devenues plus rares dans la proportion de 14 à 25, soit de 2 à 3 pour cent, ce qui représente une différence assez notable. L'influence des grossesses est donc défavorable en masse ; nous le savions, et personne ne l'a jamais contesté.

Nous soupçonnions bien aussi que la proportion des rétroflexions devrait se trouver augmentée ; de 7 pour cent, elle a monté à 12. C'est près du double ; on aurait pu présumer davantage encore. L'égalité des chiffres de rétroversions pourrait nous surprendre.

Les antéversions ont augmenté dans une forte proportion : de 24 pour cent elles se sont élevées à 36, soit de 2 à 3. Envisagé isolément, ce résultat peut paraître singulier; mais peut-être va-t-il se trouver expliqué par la diminution à peu près équivalente du chiffre des antéflexions, qui de 29 est tombé à 20.

Un tiers des antéflexions se serait-il changé en antéversions ? Cette modification pourrait peut-être s'expliquer dans une certaine mesure par la continuation de l'évolution qui tend souvent à corriger des flexions du jeune âge; mais nous admettons comme prépondérante l'influence des suites de couche qui, tendant à produire des déviations en arrière, peut fort bien s'exercer dans une mesure simplement compensatrice, et arriver par là à corriger, au moins partiellement, les déviations ou flexions antérieures.

La statistique peut donc fournir un argument en faveur de la guérison des déformations antérieures par la grossesse ; mais elle nous porte à ne pas compter sur cette évolution physiologique pour la guérison des déviations et flexions postérieures.

En examinant séparément les diverses catégories de notre premier tableau, on voit que la proportion des antéflexions et des antéversions varie suivant que les constatations sont le résultat de l'examen clinique ou des autopsies. A l'autopsie, on trouve plus de flexions ; et on en trouverait un nombre plus grand encore si, au lieu d'ouvrir des sujets quelconques, on avait pu ouvrir ceux qui ont été l'objet des constatations cliniques. Il y a là, nécessairement, pour le clinicien, une cause d'erreur dont il importe de tenir compte ; c'est l'engorgement des tissus périutérins, notamment du tissu conjonctif de la

partie qui, sur la moitié inférieure de la face antérieure de l'utérus, est comprise entre la paroi postéro-inférieure de la vessie et le cul-de-sac vaginal antérieur. Cet engorgement suffit pour masquer une flexion peu prononcée, ainsi que je m'en suis assuré dans quelques cas où, après n'avoir, malgré un examen attentif, pu diagnostiquer qu'une antéversion, je trouvais une légère flexion lorsqu'un traitement convenable avait fait cesser l'engorgement.

La considération de l'âge des sujets sur lesquels porte la statistique m'avait paru de nature à fournir d'utiles contributions à l'étiologie : de là le second tableau que je viens de vous présenter. Je ne me dissimule pas toutefois que, pour atteindre son but, ce relevé devrait porter sur un nombre d'observations beaucoup plus considérable. De mes 490 cas, les sept dixièmes portent sur des femmes de vingt-cinq à quarante-cinq ans, deux dixièmes sur des femmes de moins de vingt-cinq ans, un dixième seulement sur des femmes de plus de quarante-cinq ans.

Il est tout naturel que la part la plus large soit celle qui répond à la période de la plus grande activité sexuelle. La faible proportion des sujets de moins de vingt-cinq ans, — les plus nombreux, — tient en partie à ce que les affections utérines sont moins communes ou moins développées chez les jeunes sujets, en partie à ce que la virginité empêche d'en soigner beaucoup, en partie et surtout à l'incurie de cet âge. J'avoue avoir été surpris de la faible proportion des femmes de plus de quarante-cinq ans. Leur population est moindre, sans doute, mais elles devraient, ayant plus d'expérience, rechercher plus que les autres les soins que réclame leur état.

Elles en sont détournées en général par un préjugé très répandu qui fait mettre sur le compte de la ménopause ou de ses suites nombre d'accidents qui n'ont pas toujours avec elle des rapports très étroits, préjugé qui fait, en outre, considérer la ménopause comme une fatalité sexuelle contre les écarts de laquelle il n'y a rien à tenter. Faut-il admettre comme fondée l'opinion qui a cours, non plus dans le monde, mais chez les médecins, que la ménopause apporte aux femmes le calme local? C'est vrai pour quelques cas, mais non pour tous; et c'est un point sur lequel une statistique suffisante offrirait un véritable intérêt. Gardez-vous bien de conclure sur les apparences à la neutralité de l'appareil génital chez les femmes dont la fécondité va bientôt cesser ou a cessé : alors que semblent s'atténuer les manifestations locales de ses appétits physiologiques et de quelques-unes de ses affections morbides, le retentissement de son influence névrosique se maintient intact; souvent même il s'accroît. Les formes pathologiques algiques ou congestives l'emportent alors sur les formes convulsives; mais l'influence de l'utérus n'est pas amoindrie pour cela : nombre de phénomènes d'ordre réflexe l'accusent hautement. C'est vers cette période, s'étendant de trente-cinq à cinquante ans environ, où, amoindrie comme reproductrice, la femme vit surtout pour elle-même, qu'on assiste à des décadences subites dont la cause méconnue réside le plus souvent dans l'utérus ou l'ovaire. Les malades qui vous consulteront dans ces conditions vous poseront rarement la question de manière à vous mettre sur la bonne voie; c'est à vous qu'il appartient de rectifier un témoignage rendu sur des perceptions facilement trompeuses : quand vous verrez, en l'absence d'un état diathésique bien accusé, une femme « se faner » subitement ou préma-

turément, ne manquez jamais d'interroger l'appareil génital.

Au début de cette leçon, je vous disais, Messieurs, qu'après avoir continué longtemps les recherches statistiques dont je viens de vous entretenir, j'avais renoncé à les poursuivre. Après les trois séries d'observations rapportées dans les tableaux ci-dessus, j'en avais ouvert une quatrième dont les données n'ont pas été réunies.

Plusieurs raisons m'ont conduit à ce renoncement. Étant données les variations que présente la pratique, les séries diverses qu'on y rencontre, il m'a paru que la réunion de chiffres sensiblement concordants dans trois séries représentant un total de près de cinq cents observations, pouvait fournir, sur la plupart des points litigieux d'étiologie, des conclusions aussi approximatives que le comporte la statistique.

L'expérience a, d'autre part, sensiblement modifié mes vues à l'endroit de l'importance clinique des déviations utérines. Parti de l'opinion, vulgaire depuis Velpeau, que les déviations jouaient le principal rôle dans l'infirmité causée par les affections de la matrice, je me suis trouvé amené à attribuer, au contraire, l'influence prépondérante, non plus aux lésions de situation ou de forme, mais aux lésions de nutrition, à l'engorgement d'abord. Sans tenir les déplacements pour négligeables, — quelques-uns sont fort gênants par eux-mêmes, et tous sont une cause prédisposante d'engorgement, — j'admets aujourd'hui qu'ils ne représentent, au moment où on les observe dans son cabinet, qu'un phénomène morbide d'une importance secondaire.

Enfin, à l'époque où ont commencé mes recherches, — il y a vingt-quatre ans, — et même alors que j'ai publié le relevé

des observations de ma première série, — il y a douze ans, — je ne tenais pas compte d'une cause d'erreur de diagnostic dont je n'ai bien apprécié toute l'importance que depuis sept à huit ans : la confusion possible entre un simple déplacement et une tumeur fibreuse. Un fibrome interstitiel développé dans une face de l'utérus, un fibrome sous-péritonéal à base un peu large, peuvent en imposer pendant un temps quelquefois fort long pour une version ou pour une flexion. Chez un certain nombre de malades qu'il m'a été donné de suivre pendant plusieurs années, j'ai assisté ainsi au développement de tumeurs méconnues à leur début; et je traite actuellement pour des fibromes plusieurs malades classées dans ma première série d'observations comme présentant des versions ou des flexions.

La déviation ou la flexion apparente ne constitue donc pas toujours une simple lésion de situation ou de forme : souvent, très souvent, elle est en rapport avec une lésion de nutrition, non plus simple comme l'engorgement, mais avec prolifération fibreuse. Vous pouvez constater ici combien sont communes ces sortes de tumeurs. Je ne m'arrêterai pas sur elles aujourd'hui, ayant bientôt à y revenir; mais je devais, à l'occasion de la statistique des affections simples, vous rappeler leur fréquence, et vous donner, par là, la mesure des causes d'erreur qui pourraient vicier les résultats sur lesquels je me suis étendu aujourd'hui.

Avant d'examiner les fibromes au point de vue du diagnostic, du pronostic et surtout du traitement, je terminerai par un chapitre de thérapeutique ce que j'avais à vous dire des lésions simples de nutrition, de situation et de forme de l'utérus.

CINQUIÈME LEÇON

Thérapeutique des lésions simples de nutrition et de situation

SOMMAIRE : L'hydrothérapie. — Le redressement mécanique. — Hystérophores.

Méthode de l'auteur : Faradisation utérine. — Drainage circulatoire par production d'hyperémies successives. — Gymnastique musculaire. — Faradisation et hydrothérapie.

Appareil instrumental et conditions opératoires d'ordre physique.

Procédés de faradisation en masse : abdomino-utérine, sacro-utérine, lombo-suspubienne, recto-vésico-utérine, recto-vésicale. — Traitement des antéversions et des antéflexions : faradisation recto-utérine. — Traitement des rétroversions et des rétroflexions : faradisation vésico-utérine. — Traitement de l'abaissement : faradisations bi-inguino-utérine et bi-inguino-vaginale.

Conditions opératoires générales : Douleur ; ses caractères. — Conditions à éviter, traumatismes. — Durée des séances ; leur périodicité. — Époque du traitement. — Son opportunité spéciale après les couches. — La fièvre le contre-indique. — Le repos n'y est pas nécessaire.

Influence de ce traitement sur le catarrhe utérin et sur la dysménorrhée. — Pronostic modifié par les adhérences. — La grossesse n'est pas une contre-indication absolue ; elle peut même fournir des indications.

MESSIEURS,

C'est du traitement que j'oppose aux affections dont il a été question dans les leçons précédentes que je vous entretiendrai aujourd'hui. Si l'esprit des méthodes thérapeutiques à opposer à des lésions de nature différente doit être différent, il se

trouve ici que les procédés sont à peu près identiques, ce qui nous permettra de réunir sous un même chef ce qui concerne les lésions de nutrition et celles de situation, vous signalant seulement, à l'occasion, les nuances que comporte le manuel opératoire suivant la nature des indications.

Les considérations générales que je vous ai présentées, au début de ces leçons, sur l'histoire thérapeutique des hystéropathies me dispensent d'insister aujourd'hui sur l'insignifiance des traitements opposés à ces affections, quand on s'écarte de la règle générale qui est de les abandonner à elles-mêmes, et sur les dangers des traitements simulés, — c'est à l'application répétée des caustiques que je fais allusion, — qui constituent une cause incessante de congestion. Vous ne trouverez donc pas mauvais qu'ayant à passer en revue les procédés de traitement qui ont précédé ceux que nous employons ici, je me borne à une revue sommaire de ceux dont l'efficacité n'est pas complètement illusoire.

La seule pratique qui, jusqu'ici, ait donné des résultats avantageux dans le traitement des *engorgements utérins* est l'*hydrothérapie :* douches périnéales, douches utérines, quelquefois douches rectales, combinées avec la douche en pluie, cette dernière étant appelée à remplir les indications générales que, quelque désir qu'on ait de localiser le traitement, il est difficile de négliger.

Quant aux *déviations* et aux *flexions*, il a été possible d'en modifier quelques-unes par le *redressement mécanique* qui, introduit dans la thérapeutique par Kiwish, et amendé par Simpson, a été à peu près abandonné le jour où une enquête académique en a établi — et peut-être exagéré — les dangers.

Indépendamment des chances d'accidents graves et de mort

progressivement, d'une manière à peu près continue, en se guidant sur les sensations accusées par le sujet, s'arrêtant quand la douleur paraît forte, reprenant dès qu'elle devient moins marquée.

On agit encore sur la totalité de l'utérus par la faradisation *sacro-utérine*. La malade étant disposée comme ci-dessus, une plaque métallique recouverte de peau mouillée, en communication avec le réophore positif, est glissée sous l'articulation sacro-vertébrale. Le réophore négatif aboutit à un excitateur utérin.

C'est à ce procédé, qui n'exige ni l'assistance d'un aide, ni le concours de la patiente, que j'ai le plus volontiers recours en obstétrique, soit pour arrêter les hémorrhagies, soit pour activer le retrait de l'utérus.

La faradisation *lombo-suspubienne* localise moins bien l'excitation que les procédés précédents. Un large bouton humide y est appliqué sur la région lombo-sacrée ; un second est appuyé au-dessus du pubis. Le bouton lombaire reçoit le réophore positif ; l'excitateur sus-pubien, le négatif. L'opération se fait dans la position assise ; les manches qui portent les boutons peuvent être confiés à la patiente.

Ce procédé est celui que j'emploie chez les vierges ; il rend de grands services dans les cas d'aménorrhée ou de dysménorrhée. J'y ai encore souvent recours lorsqu'il s'agit, en l'absence d'indication fournie par l'appareil utérin, d'opérer, chez une femme en travail de ménopause, les dérivations que réclament les menaces de congestions pulmonaires ou céphaliques. Dans ces cas, les séances doivent être plus longues que quand on

cherche à faire contracter l'utérus ; on les fera durer au moins cinq minutes, au plus dix.

Tels sont les procédés que j'emploie d'habitude pour provoquer des contractions dans la totalité de l'utérus, ou pour hyperémier en masse la cavité pelvienne. J'en ai autrefois employé d'autres que je ne rappellerai ici que pour mémoire, sans les recommander. Ainsi, il m'est arrivé, chez des femmes qui venaient me consulter la veille ou l'avant-veille d'un départ, et auxquelles je ne pouvais par conséquent donner qu'une ou deux séances, d'agir avec une sonde négative engagée dans l'utérus, en même temps que deux sondes étaient engagées l'une dans la vessie et l'autre dans le rectum, ces dernières étant fixées à un réophore positif bifurqué. Cette faradisation *recto-vésico-utérine* a l'inconvénient de constituer une manœuvre relativement compliquée, exigeant le concours d'un aide exercé qui fait ordinairement défaut; enfin elle ne donne pas toujours des contractions sensiblement plus énergiques que les procédés que je vous ai indiqués précédemment. C'est, en effet, sur la douleur des contractions, ou sur celle ressentie sous les tampons extérieurs, qu'on règle le degré d'intensité à donner aux courants; or, en donnant à l'excitateur ou aux excitateurs extérieurs une surface assez grande pour que la douleur cutanée soit suffisamment faible, on n'a plus à compter qu'avec la douleur utérine, qu'on peut pousser aussi loin qu'il est utile, et maintenir autant que le veulent les indications d'une première séance où elle se fait attendre ordinairement plus longtemps.

Il m'est encore arrivé, en présence d'un engorgement utérin considérable chez des vierges, de pratiquer la faradisation

recto-vésicale, introduisant d'abord la sonde vésicale, puis l'excitateur rectal. L'utérus se trouve ainsi compris entre deux excitateurs appuyés, l'un sur sa face antérieure, l'autre sur sa face postérieure. La nécessité du concours d'un aide qui règle la marche de l'appareil d'induction est encore ici une complication ; d'autre part, les sondes se déplacent facilement. L'exécution de ce procédé m'a donné de bons résultats ; je ne vous le recommande toutefois qu'avec réserve : la faradisation lombo-suspubienne le remplacera suffisamment dans la plupart des cas.

Il est encore un procédé de faradisation exclusivement utérine, que je vous rappellerai sans vous le conseiller.

Dans certains cas de prolapsus, où l'engorgement du col était hors de proportion avec celui du corps, et dans d'autres où le relâchement de l'orifice interne du col était très marqué, j'ai fait aboutir les deux réophores à l'utérus, tantôt au moyen de l'excitateur double en forme de sonde, tantôt au moyen d'un excitateur annulaire qui embrasse le museau de tanche, et dans la tige creuse duquel glisse un excitateur utérin.

Ce procédé offre l'inconvénient de donner à la malade des sensations fort inégales. Les deux excitateurs étant très voisins l'un de l'autre, dans un milieu baigné par des liquides, les courants sont facilement et inégalement dérivés ; de là, des variations d'intensité d'autant plus marquées qu'en raison même de l'existence des dérivations il est toujours nécessaire d'employer des courants énergiques. C'est là un défaut qui m'a conduit à renoncer à cette manière d'opérer.

Il n'est pas, en somme, d'indication de faire contracter l'utérus en totalité qui ne puisse être convenablement remplie par les faradisations abdomino-utérine, sacro-utérine, ou lombo-sus-

pubienne. Ces procédés ne sont pas ou sont peu douloureux ; ils sont d'une exécution plus commode ; enfin, il ne m'est pas démontré que, comme rapidité des résultats obtenus, ils soient sensiblement inférieurs à ceux que je viens de vous rappeler sommairement. Aussi, après expérience faite des uns et des autres, vous donnerai-je le conseil de vous en tenir aux premiers.

Dans les *antéversions* et *antéflexions*, les courants doivent être, autant que possible, localisés dans la face postérieure de l'utérus, pour en opérer le raccourcissement. Ils produisent ainsi un redressement mécanique de l'organe qui, bien que passager, ne disparaît pas complètement; chaque séance amène un certain degré d'amélioration persistante, qui conduit lentement mais sûrement à la guérison, si le redressement n'est pas rendu impossible par quelque obstacle insurmontable.

C'est par la faradisation *recto-utérine* qu'on agit sur la face postérieure de l'utérus.

La malade étant couchée comme pour l'examen au spéculum, le siège débordant un peu le fauteuil, on engage l'excitateur utérin courbe, puis l'excitateur rectal. L'excitateur utérin est ensuite attaché au réophore négatif ; le rectal, au positif. Pendant la séance, on fait doucement basculer l'excitateur rectal, de façon qu'il appuie de plus en plus sur la face postérieure de l'utérus (fig. 10). Je faisais autrefois comprimer en même temps de haut en bas la région hypogastrique; j'y ai renoncé depuis, cette manœuvre n'offrant que des avantages contestables en échange d'embarras réels.

Vous me permettrez, Messieurs, de m'arrêter sur le manuel de ce procédé de faradisation, auquel j'attache une importance

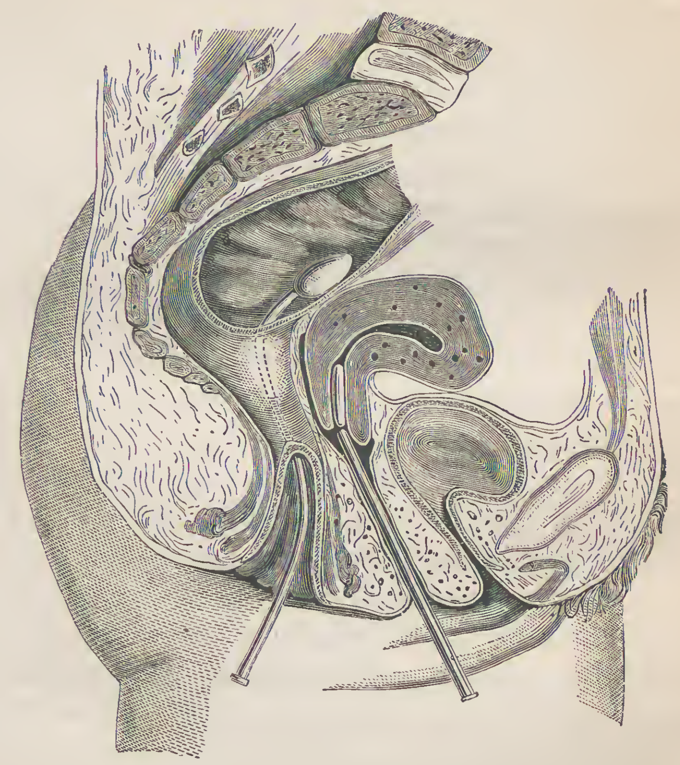


Fig. 10. Faradisation recto-utérine pratiquée sur un utérus antéfléchi.

capitale, et que j'ai cependant vu abandonner par la plupart de ceux qui l'ont essayé, en raison des difficultés que présente quelquefois son exécution et des douleurs qu'il détermine. Aucun procédé ne peut cependant remplacer la faradisation recto-utérine : je m'en suis patiemment assuré moi-même pour la faradisation sacro-utérine, qui lui a été substituée par plusieurs de mes élèves. Je vous redirai donc ici ce manuel

avec la même insistance que vous m'y voyez mettre chaque fois que je le pratique devant vous ou que je vous assiste dans son exécution.

La première chose à faire est de graisser la sonde qui sera introduite la dernière; ici, la sonde rectale, parce que, plus tard, il ne vous resterait plus de main disponible pour le aire.

Ensuite on engage, en se servant de l'index gauche comme conducteur, l'excitateur utérin, que reprend la main gauche redevenue libre, — et essuyée, ce qui veut dire qu'il faut avoir mis préalablement une serviette à sa portée.

Alors on prend et on introduit l'excitateur rectal. C'est le temps le plus délicat de l'opération : s'il n'est pas bien exécuté, il peut être fort douloureux. La concavité de l'instrument regardant en bas, on fait franchir à l'olive le sphincter anal en appuyant un peu sur son bord supérieur; après quoi on la pousse en avant, en bas, et un peu à gauche. Lorsque l'olive est arrivée ainsi au fond de la concavité du sacrum, il y a un temps d'arrêt, après lequel on tournera la sonde en élevant son pavillon, de manière à faire regarder en haut la concavité de sa courbure, et amener ainsi l'olive en face de la paroi postérieure de l'utérus. Il semble, étant donné le développement à gauche de l'ampoule rectale, que ce soit à gauche que la rotation doive être le plus facile; mais il n'en est rien : alors que je l'essayais des deux côtés, elle m'a presque toujours paru infiniment plus facile à droite. Après avoir poussé l'olive de droite à gauche dans la concavité du sacrum, on la ramènera donc à droite, en tournant de plus en plus vers la droite la concavité de la sonde, qui, tout à l'heure, regardait à gauche. Pendant ce mouvement de rotation, et jusqu'à ce qu'il soit

complètement effectué, on élèvera doucement le pavillon, tenu à la main, de la sonde rectale : cette précaution est nécessaire, d'abord pour ne pas rudoyer l'utérus, ensuite pour effectuer plus librement le mouvement de rotation. Alors seulement que la courbure de la sonde aura été amenée au parallélisme avec celle du sacrum, on abaissera doucement la main, poussant légèrement, de façon à faire remonter l'olive en glissant contre la paroi utérine. Ce n'est toutefois que lorsque la faradisation sera commencée qu'on accentuera ce dernier mouvement, de manière à lui donner toute la portée qu'il doit avoir pour assurer un contact efficace.

Le mouvement de rotation que je viens de vous décrire ne s'effectue pas toujours sans rencontrer des résistances qu'on surmontera, tantôt doucement, tantôt plus brusquement, suivant l'impression qu'elles donneront à la main qui gouverne la sonde. C'est, comme dans le cathétérisme, affaire de délicatesse du tact. Parmi les obstacles qui gêneront le mouvement, le plus commun est une masse fécale qui, plus ou moins volumineuse, tantôt molle et tantôt dure, apporte une part d'imprévu, qu'on diminue, mais sans pouvoir affirmer qu'on la supprimera, en faisant, avant la séance, prendre à la malade un petit lavement huileux.

L'excitateur rectal une fois en place peut y être maintenu, pendant qu'on attache les réophores, par la main droite, qui maintiendra en même temps l'excitateur utérin. Il faut s'habituer à maintenir avec une seule main ces deux excitateurs dans les rapports qu'ils doivent avoir à un moment donné, l'autre main restant libre pour gouverner l'appareil volta-faradique, pour fermer son circuit et faire cheminer doucement sur sa glissière la bobine induite.

La main qui gouverne l'appareil, — la gauche, — ne sera pas toutefois tellement occupée qu'elle ne puisse venir de temps en temps en aide à la droite, lorsqu'il y aura lieu de modifier un peu les rapports des deux sondes en accentuant le mouvement de bascule de la sonde rectale. On ne saurait prétendre, en effet, donner toujours et du premier coup à la sonde rectale une position définitive. Je vous ai signalé un obstacle à son cheminement : la présence dans l'intestin d'une masse fécale ; si celle-ci est volumineuse et demi-molle, elle peut tapisser la face postérieure de l'utérus d'un emplâtre dans lequel on ne pénétrera que petit à petit pendant l'opération Un autre obstacle au placement de la sonde consiste quelquefois dans l'existence de contractures musculaires qui modifient la configuration de la cavité dans laquelle on évolue ; celles-ci sont de nature réflexe et cèdent toujours pendant la faradisation : on n'essaiera donc pas de surmonter tout d'abord la résistance qu'elles présentent, et l'on mettra l'appareil en marche, se réservant de compléter pendant l'opération la rotation interrompue.

Je n'insiste pas ici sur la douleur causée par l'opération elle-même : elle n'offre rien de particulier à ce procédé ; il en sera question tout à l'heure, quand je vous parlerai des conditions communes à tous les procédés de faradisation utérine. Il est cependant une impression désagréable propre à celui-ci, impression accidentelle, dont je vous ai parlé quand je vous ai montré mes sondes rectales et donné les raisons qui m'ont fait adopter définitivement pour elles les olives métalliques pleines : il s'agit des fourmillements, des crampes, et des mouvements des jambes provoqués par l'excitation accidentelle des nerfs sciatiques ; celle-ci est inévitable quand l'ampoule rectale ren-

ferme des matières fécales, qui constituent un circuit de dérivation portant une portion plus ou moins notable des courants aux trous sacrés, ou plutôt aux nerfs qui en sortent.

Vous trouverez peut-être, Messieurs, que je me suis bien longuement étendu sur les détails d'une manœuvre dont l'exécution vous paraît toute simple quand vous en êtes témoins. Mais la pratique a pu déjà convaincre quelques-uns d'entre vous que ces détails ne sont pas superflus. C'est pour n'y avoir pas donné l'attention qu'ils réclament que la plupart de mes élèves se sont, ainsi que je vous le disais tout à l'heure, trouvés conduits à abandonner la faradisation recto-utérine. Or c'est un procédé qu'il faut se mettre dans les mains, procédé très utile, et qu'aucun autre ne saurait remplacer dans les cas où il est indiqué.

Dans la *rétroversion* et la *rétroflexion*, c'est sur la face antérieure de l'utérus qu'il faut agir. On a recours alors à la faradisation *vésico-utérine* (fig. 11).

La malade étant toujours couchée comme pour l'examen au spéculum, on engage l'excitateur utérin, négatif, puis l'excitateur vésical préalablement graissé, positif. Après quoi on établit les contacts et on met l'appareil en action, une même main maintenant en place les deux sondes dans les rapports voulus.

L'introduction de l'excitateur vésical se fait comme celle d'une sonde ordinaire. Au moment d'opérer, mais à ce moment seulement, on en relève le pavillon, afin d'appuyer par son extrémité libre sur la face antérieure de l'utérus.

Autrefois, avant de pratiquer cette faradisation, j'introduisais dans le rectum le pessaire à air de Favrot, destiné à amener, pendant l'opération, l'utérus dans une position plus favorable,

et à rendre sa face antérieure plus aisément accessible. Mais j'ai pu me convaincre depuis que cette précaution n'est pas né-

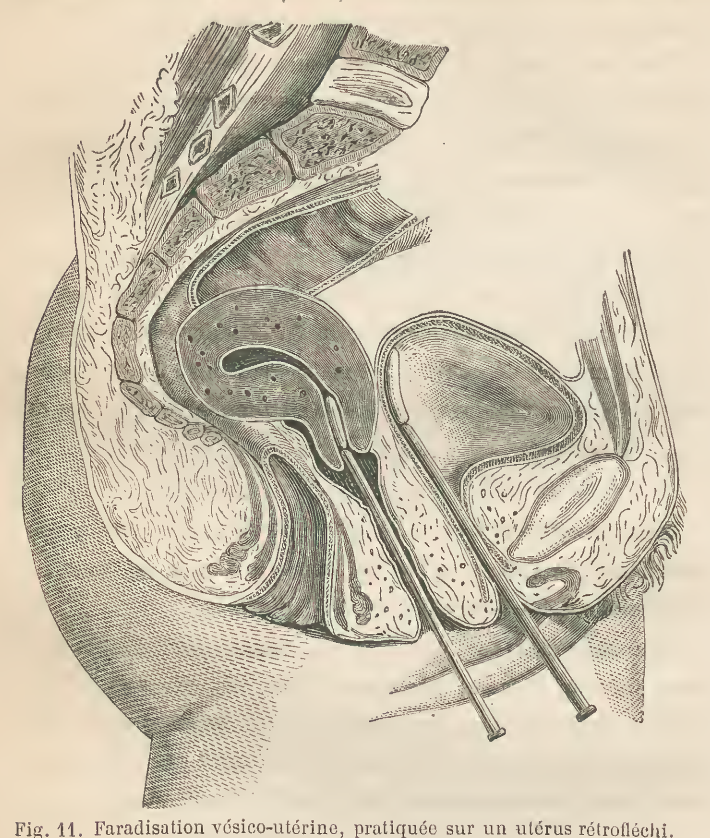


Fig. 11. Faradisation vésico-utérine, pratiquée sur un utérus rétrofléchi.

cessaire ; aussi, en présence des réels embarras qu'elle crée, y ai-je tout à fait renoncé.

S'il existait une contre-indication absolue à l'emploi de l'excitateur utérin, si, par exemple, l'hymen était intact, on pourrait essayer d'agir sur la paroi antérieure de l'utérus au

moyen de l'excitateur vésical, négatif, le circuit étant fermé sur les régions iliaques par deux boutons positifs.

Je l'ai essayé autrefois, mais sans suite, le procédé ne me satisfaisant pas théoriquement, en raison de la somme considérable des dérivations inévitables. Aujourd'hui, je le modifierais en remplaçant les tampons abdominaux par une olive rectale dépassant à peine le sphincter : l'utérus recevrait ainsi une somme de courant beaucoup plus grande.

Dans les cas où les déviations en avant ou en arrière se compliquent de déviations latérales, on appuie les excitateurs rectal ou vésical, non plus sur la partie moyenne de la face postérieure ou antérieure de l'uterus, mais vers le bord gauche, s'il excite une latéroversion droite, ou réciproquement.

Jamais la faradisation employée seule ne saurait procurer la guérison dans les cas d'*abaissement* marqué ou de *chute* de l'utérus. Cependant, des épreuves qui remontent déjà loin m'ont démontré qu'elle peut constituer un moyen adjuvant d'une sérieuse efficacité. Les indications, plus ou moins difficiles à remplir, ont déjà été formulées plus haut : diminuer le poids de l'utérus, — rendre quelque tonicité à ses attaches, — faire recouvrer leur tonicité perdue aux faisceaux musculaires du vagin.

Pour remplir la première de ces indications, celle de diminuer le poids de l'utérus, on choisira parmi les procédés exposés à l'occasion de l'engorgement celui qui paraîtra devoir le mieux convenir à chaque cas particulier. Si nous sommes moins en mesure de remplir utilement les deux autres, elles ne nous trouvent cependant pas complètement désarmés lorsque

la tumeur est ou est devenue réductible : deux procédés permettent, en effet, d'agir favorablement, l'un sur les ligaments ronds, l'autre sur les parois du vagin.

Le premier est la faradisation *bi-inguino-utérine*, dans laquelle l'excitateur utérin, négatif, étant mis en place et engagé aussi profondément que possible, on applique deux boutons mouillés, positifs, des deux côtés du pubis, sur l'épanouissement cutané des ligaments ronds, à leur sortie du canal inguinal.

Le second est la faradisation *bi-inguino-vaginale*. Les deux boutons positifs étant appliqués au niveau des orifices cutanés du canal inguinal, le réophore négatif s'attache à un spéculum plein engagé dans le vagin.

J'ai employé encore, pour agir sur le vagin, une faradisation *utéro-vaginale*, que je vous signale ici, bien qu'elle ne réponde pas aux indications que fournissent les déviations, parce que le procédé qu'elle représente est à rapprocher de ceux que je viens de vous décrire. Le réophore négatif aboutissant à un spéculum de Récamier, le positif ferme le circuit sur une sonde utérine. Le choix du réophore négatif pour l'excitateur vaginal répond ici à l'indication d'agir plus énergiquement, à la fois sur la contractilité des éléments musculaires du vagin, et sur sa sensibilité généralement émoussée dans les circonstances où ce procédé de faradisation est appelé à intervenir.

Je vous ai, Messieurs, décrit individuellement tous les procédés de faradisation de l'utérus auxquels j'ai eu recours. Il nous faut maintenant revenir à la méthode, dont les visées vous ont été suffisamment indiquées, mais dont certaines conditions pratiques me restent à vous exposer. Ce me sera, d'autre part,

une occasion de revenir sur les indications opératoires qui sont communes aux divers procédés.

Les *douleurs* causées par la faradisation de l'utérus sont de deux et même de trois espèces. Au début des séances, les patientes éprouvent une sensation de picotement qui traduit l'influence exercée sur la sensibilité générale. Plus tard, au bout d'un temps qui varie avec le degré d'inertie de l'organe, apparaissent les douleurs en rapport avec les contractions, douleurs essentiellement différentes des premières, qu'elles masquent en partie ou même complètement, suivant leur énergie. Entre les deux, on observe souvent, mais non constamment, des sensations de mouvements dans le ventre, sensations dues en grande partie aux contractions de la paroi, et que quelques malades comparent au travail d'un moulin; quelques autres, aux secousses communiquées à l'utérus pendant la gestation par les mouvements du fœtus.

Les femmes qui ont accouché comparent ordinairement d'elles-mêmes les douleurs de contraction aux premières douleurs de la parturition.

Les nullipares ne savent à quoi rapporter les douleurs de la contraction, qui ne leur rappellent pas exactement les coliques utérines dont elles souffrent à l'approche et au déclin des règles. Toutes les femmes qui rendent bien compte de leurs sensations, les comparent à une crampe ou à une « barre » transversale au niveau du pubis.

Les douleurs de la contraction utérine sont de celles auxquelles on ne garde pas racune. Outre qu'elles cessent immédiatement avec la séance pour faire place à un sentiment de mieux être, elles ne laissent aucune appréhension de la séance suivante. Quant au sentiment de mieux être que produit im-

médiatement la faradisation utérine, vous pouvez constater quelle est son uniformité par l'épreuve que nous faisons invariablement ici sur toutes les malades qui sont faradisées pour la première fois. Lorsqu'après la séance nous les faisons marcher, leur demandant comment elles se trouvent, leur réponse est, neuf fois sur dix, conçue dans des termes identiques : « Je me sens plus légère, je marche mieux. »

Il arrive quelquefois, surtout au début d'un traitement, qu'après la séance, la journée ayant été parfaitement calme, il survient dans le courant de la nuit quelques petites douleurs rappelant celles de la contraction, mais beaucoup plus faibles. Je les considère comme un effet éloigné de la séance dont l'effet se prolongerait d'une manière insensible jusqu'au moment où, sous l'influence du sommeil, l'accroissement d'intensité du pouvoir réflexe rendrait appréciables des contractions qui ne l'étaient pas à l'état de veille.

Quoique le diagnostic *métrite*, à l'endroit duquel je me suis d'ailleurs expliqué au début de ces leçons, m'ait rarement arrêté, je n'ai jamais observé de douleurs consécutives qui pussent être attribuées à la faradisation, ni jamais rien qui ressemblât à un processus inflammatoire. Je vous rappellerai cependant, à cette occasion, que, si je croyais davantage à la métrite, j'y trouverais des raisons de m'abstenir : il est, pour moi, deux contre-indications générales à l'emploi de la faradisation : la fièvre d'abord, ensuite la tendance à une suppuration qu'on espérerait pouvoir éviter.

Un accident cependant est arrivé à la Maternité, chez une malade du service de Tarnier, à laquelle mon ami Apostoli

avait faradisé l'utérus. Trois jours après une quatrième séance, cette malade succombait, très probablement à une péritonite ; — Apostoli n'a pas assisté à l'autopsie et n'a pu en avoir la relation. Rien n'étant instructif comme les accidents, j'ai beaucoup regretté de ne pouvoir me procurer l'observation complète de cette malade. Nous savons seulement qu'elle était dans les salles depuis quatorze mois. Pour quelle affection? — Je l'ignore. La péritonite se serait déclarée le lendemain d'une quatrième séance de faradisation, alors que les trois séances précédentes, échelonnées dans l'espace de quinze jours, auraient été suivies d'un mieux être appréciable. Y a-t-il eu relation de cause à effet entre l'opération et la péritonite ? — Cela me paraîtrait difficile à affirmer ; cependant je ne serais pas éloigné de l'admettre, car une faute avait été commise dans l'exécution de la manœuvre, faute dont l'événement montrerait la gravité. Contrairement aux indications que j'ai formulées, et que vous pouvez voir scrupuleusement observées ici, Apostoli avait accepté que la sonde utérine fût mise en place à l'aide d'un spéculum qu'on ne retirait pas durant les séances. Cette complication, qui n'eût sans doute pas eu de gravité si l'on s'était servi du spéculum de Récamier, devenait redoutable parce qu'on fit usage du spéculum de Cusco, le mieux conçu en vue de permettre les examens difficiles, mais le plus dangereux à oublier en place. Le spéculum était rempli, pendant la séance, par le col turgescent ; un grand effort, suivi de douleur, fut nécessaire pour le retirer ou plutôt pour le décrocher du col ; c'est à ce traumatisme, et à ce traumatisme seul que j'attribue la possibilité des accidents qui auraient causé la mort de la malade de Tarnier, si, en effet, elle a succombé aux suites de la dernière séance, ce qui me paraît sinon établi, du moins très admissible.

Loin de constituer une menace de péritonite, la faradisation utérine constituerait peut-être le meilleur agent antiphlogistique préventif. J'aurai plus tard à vous signaler plusieurs moyens que j'emploie dans ce but, lorsque j'ai dû me livrer sur l'utérus, — généralement en vue d'un diagnostic à établir, — à des manœuvres pénibles et prolongées ; or, parmi ces moyens, la faradisation tient un rang important, peut-être le premier : c'est à elle que vous nous voyez recourir ici pour clore la séance quand nous craignons qu'une malade puisse avoir été fatiguée, notamment par des cathétérismes répétés.

Mais si la péritonite existait déjà? Oh! alors la question devient tout autre. Il entre dans l'inflammation un facteur indépendant des conditions mécaniques de la circulation; du moment où ce facteur est en puissance d'action, le drainage circulatoire n'a plus à intervenir : son rôle, qui est d'effacer la congestion par une hyperémie passagère, n'a plus de raison d'être; l'hyperémie restera congestion.

Lorsque j'instituai la méthode de traitement qui fait l'objet de cette leçon, je faisais durer les séances dix minutes. C'était trop : il faut arriver à obtenir des contractions, mais ne pas aller jusqu'à fatiguer l'organe. J'ai donc réduit progressivement la durée des séances, à cinq minutes d'abord, puis à quatre, puis à trois, puis à deux, décidé à ne m'arrêter que quand les résultats obtenus se montreraient manifestement moins avantageux qu'après les séances de dix minutes. C'est ce qui est arrivé pour les séances de deux minutes. Aujourd'hui, je les fais de trois, comptant, suivant les cas, suivant surtout le degré d'inertie, les trois minutes tantôt à partir du début de la faradisation, tantôt à partir du début des contractions.

Les contractions ne se montrent jamais dès le début de la faradisation. Jusqu'à ce qu'elles apparaissent, il faut augmenter l'intensité des courants doucement et autant que possible d'une manière continue. Les contractions une fois obtenues, on n'augmentera plus cette intensité que de loin en loin, pour leur conserver leur énergie sans chercher à l'accroître dans une mesure appréciable.

Dans les cas d'engorgements anciens et considérables, les contractions sont plus difficiles à obtenir; je les ai quelquefois, à une première séance, attendues cinq minutes et plus; aux séances suivantes, elles viennent plus tôt : en moyenne, au bout d'une minute. On les soutient alors pendant deux minutes, trois au plus.

A quelle époque du mois le traitement est-il le plus efficace? — J'ai eu longtemps l'habitude de commencer la série des faradisations de chaque mois vers le cinquième ou sixième jour après la cessation de l'écoulement menstruel; dans des cas urgents, chez des malades à la veille d'entreprendre un voyage, j'ai commencé plus tôt et n'y ai vu aucun inconvénient; aujourd'hui je ne m'abstiens que pendant les règles, — et encore pas toujours. Dans tous les cas, je continue la faradisation jusqu'à l'époque suivante.

En général, l'utérus m'a paru un peu inerte à l'approche des règles, et plus sensible, sans pour cela se contracter aussi énergiquement, pendant les règles. Immédiatement après les règles, on trouve la contractilité tantôt moindre, tantôt plus grande; la sensibilité, tantôt normale, tantôt plus vive, très rarement diminuée.

On a donc, tous les mois, de vingt à vingt-cinq jours à consa-

crer au traitement électrique. Le premier mois, les séances seront, autant que possible, quotidiennes. Les mois suivants, les séances seront plus rares; leur fréquence variera suivant des indications dont je ne puis vous donner aujourd'hui que les plus générales.

S'il s'agit d'une version sans flexion, je fais, le second mois, trois séances par semaine. Le troisième mois, deux séances par semaine; et je m'en tiens là, à moins que des complications n'indiquent l'utilité de prolonger le traitement.

Dans les cas de flexions, le traitement est plus long; mais il n'est plus nécessaire que les séances soient aussi fréquentes. La réparation du tissu utérin au niveau du point fléchi est la condition à laquelle est subordonnée la guérison. Or, cette réparation ne saurait être prompte; elle exige un temps d'autant plus long que la brisure est plus complète. Il est inutile, dans ce cas, de chercher à faire marcher le redressement beaucoup plus vite; aussi devra-t-on se contenter de séances rares longtemps continuées.

On a dit souvent qu'une grossesse pouvait guérir une déviation. Je vous ai déjà dit le cas qu'on peut faire de cette opinion populaire. Mais de ce que la chose n'arrive pas ou n'arrive guère, il ne faudrait pas conclure à son impossibilité : le préjugé peut se réclamer d'une certaine vraisemblance théorique. Après l'accouchement, l'utérus se présente dans des conditions favorables aux manœuvres qui auraient pour but d'influencer la forme de sa rétraction. Aussi suis-je d'avis, après l'accouchement, de commencer aussitôt que possible, c'est-à-dire de suite la cure des déviations antérieurement constatées. Depuis vingt-ans, je ne me suis abstenu que deux fois, en présence de

refus formel des malades, de faradiser mes nouvelles accouchées : indépendamment des ressources qu'offre cette pratique au point de vue qui nous occupe ici, elle a des avantages d'ordre plus général sur lesquels j'aurai à m'étendre lorsque, vers la fin de ce cours, nous aurons à examiner quelques points de médecine obstétricale.

Ayant eu l'occasion de faradiser l'utérus pendant un accès de fièvre intermittente, chez une femme pour qui d'ailleurs l'opération n'était pas nouvelle, j'ai trouvé la sensibilité générale très exaltée, et n'ai pas insisté jusqu'à provoquer des contractions. Je considère la fièvre comme une contre-indication, et m'abstiendrais à plus forte raison dans le cas de fièvre symptomatique d'une phlogose quelconque.

Aux femmes qui m'arrivent avec des pessaires ou des ceintures hypogastriques, je les fais quitter immédiatement. Les hystérophores sont seuls exceptés de cette proscription. Si, après la première séance, l'absence du bandage constitue une privation, ce sentiment disparaît après trois ou quatre séances faites à 24 heures d'intervalle.

Préférant, pour le repos, la position horizontale à la position assise, je n'en fais cependant pas une condition du traitement. J'engage, au contraire, les malades à marcher aussitôt après la séance : le bénéfice qu'elles retirent de l'exercice est une acquisition durable, tandis que la fatigue est passagère. Si celle-ci était poussée trop loin, les inconvénients qui en pourraient résulter disparaîtraient à la séance suivante.

Ce que je viens de vous dire de l'exercice en général est applicable à la fonction sexuelle.

Les complications les plus communes des déplacements et des déformations de l'utérus, mais surtout des engorgements, sont le catarrhe utérin et la dysménorrhée. Le traitement électrique constitue le moyen le plus efficace à opposer à la dysménorrhée. Aucune indication nouvelle ne surgit donc de ce chef.

J'aurai bientôt à m'arrêter sur le point de savoir si, et dans quelle mesure, le catarrhe utérin réclame un traitement parallèle. Une particularité doit cependant être signalée ici : l'augmentation de l'écoulement leucorrhéique ou muco-purulent après les premières séances. On se tromperait en voyant là une augmentation des sécrétions morbides : le fait doit s'expliquer par la plus grande facilité de l'excrétion. L'utérus engorgé, plus ou moins inerte, se vide mal ; l'utérus fléchi, plus mal encore. Sous l'influence des contractions, il expulse son contenu, qui, pendant quelques jours, peut se renouveler de manière à faire croire à une augmentation du catarrhe. Mais il n'en est rien, car, après quelques séances, lorsque l'organe est un peu revenu sur lui-même, l'écoulement diminue notablement et brusquement, alors même qu'on n'a eu recours, pour le tarir, à aucun moyen spécial.

Le pronostic des déviations est rendu moins favorable par l'existence, très commune, d'adhérences qui retiennent l'utérus dans une position vicieuse. Lorsque la persistance de la déviation, après deux à trois mois de traitement, m'indique un obstacle de cette nature, je n'insiste pas, et me contente du

soulagement obtenu, soulagement qui, aux yeux des malades, est l'équivalent d'une guérison.

L'engorgement disparu, la menstruation régularisée, les complications catarrhales écartées, l'état général redevenu satisfaisant, la déviation, reconnaissable seulement au toucher, cesse d'être incommode et ne réclame plus de traitement. Toutefois, comme elle représente une cause d'engorgement à ajouter aux autres, je recommandais autrefois aux malades laissées dans cet état de revenir, pendant quelque temps au moins, subir tous les mois une ou deux séances de faradisation. La plupart l'ont négligé, et je n'en revois que quelques-unes, tous les ans ou même tous les deux ou trois ans, ayant très peu perdu, et venant, à l'occasion d'un peu de leucorrhée ou de pesanteur dans le bassin, réclamer une retouche qui est suffisante au bout de trois ou quatre séances.

Au début de mes essais, j'admettais avec tout le monde que, dans le cas où l'on faradiserait un utérus gravide, on provoquerait l'avortement. Qu'il me suffise de vous déclarer ici qu'il n'en est rien, me réservant de vous parler de la faradisation de l'utérus gravide dans les leçons qui seront consacrées aux applications obstétricales de l'électricité.

SIXIÈME LEÇON

Engorgement, Versions, Flexions. — Observations

SOMMAIRE : Intérêt d'observations dans lesquelles le traitement est simple : elles serviront plus tard d'épreuves comparatives. — Observations de redressement de versions et flexions. — Notes critiques.

MESSIEURS,

Quand une méthode thérapeutique est bien fixée, les observations cliniques la concernant n'offrent plus qu'exceptionnellement de l'intérêt. Depuis longtemps déjà ma méthode de traitement des engorgements et déviations de l'utérus remplit ces conditions. Depuis longtemps les indications en sont formulées de la manière la plus précise ; et celui qui possède le maniement des appareils, qui est en mesure de constater les indications thérapeutiques et d'exécuter les manœuvres opératoires qui ont fait l'objet de la dernière leçon, pourra sans hésitation agir très correctement dans un cas donné.

Il pourrait dès lors sembler inutile de vous donner des observations. Plusieurs considérations m'ont cependant conduit à ne pas persévérer dans cette abstention, que j'avais d'abord décidée.

Bientôt j'aurai à appeler votre attention sur certaines complications communes des engorgements et des déviations de l'utérus, sur des coïncidences fréquentes, sur le rôle de conditions individuelles qui m'ont conduit, depuis que j'ai ter-

miné mon dernier travail sur la faradisation de l'utérus à l'état de vacuité, c'est-à-dire depuis 1868, à recourir, dans des cas qui seront spécifiés, à des traitements mixtes. Mais pendant dix ans j'ai appliqué à peu près exclusivement la faradisation dans ces cas; les observations recueillies durant cette première période sont et resteront, je crois, sans analogues. A l'intérêt qu'elles offrent d'être les premières dans une voie nouvelle s'ajoute donc celui de renseigner assez exactement sur ce qu'on peut attendre de la méthode dans les cas, aujourd'hui rares, où on l'appliquerait seule, et, par suite, de faire sa part dans les résultats obtenus de traitements dans lesquels elle interviendrait concurremment avec d'autres moyens.

Après avoir établi et discuté les raisons d'agir qui m'avaient guidé, j'ai dû, lorsque je les ai mises en regard des premiers effets obtenus, reconnaître que, dans ceux-ci, la part de l'imprévu avait été fort large. Ce n'est qu'en vous donnant ces observations relativement simples, que je puis vous faire apprécier ce qu'a été cette part de l'imprévu, et vous mettre à même d'en tirer des conclusions comportant des déductions pathogéniques fécondes en enseignements ultérieurs.

Je vous rapporterai donc les observations de cette première série, et vous les rapporterai presque exclusivement. Accessoirement, je vous indiquerai, à propos de celles qui le comporteront, la conduite que je tiendrais aujourd'hui dans les mêmes cas. Ce n'est que de loin en loin que j'aurai à vous citer des observations plus récentes, pour fixer vos idées sur les emprunts à faire aux procédés thérapeutiques étrangers à la méthode qui nous a occupés jusqu'ici.

Je vous rappellerai enfin que ces observations, empruntées à un mémoire adressé en 1869 à la Société de médecine de Gand

et publié à Paris en 1872, et qui avaient été déjà données pour la plupart dans les *Annales de l'électrothérapie* (janvier 1864), ne sont pas des observations choisies. Si je vous cite d'abord des exemples de redressements de déviations, j'aurai à vous donner plus loin, quand notamment nous nous occuperons de l'hystérie, quelques observations du même ordre et de la même époque, où le but poursuivi ne fut pas atteint. Les résultats négatifs sont, au point de vue du redressement de l'utérus, généralement plus nombreux que les résultats positifs. Quelques faits positifs observés avec précaution ayant permis d'établir d'une manière générale l'utilité d'une méthode thérapeutique, c'est par les insuccès qu'on se trouve conduit à rectifier ou à préciser les indications, à asseoir plus rigoureusement le pronostic, à perfectionner les procédés et mieux savoir ce qu'on en doit attendre.

Voici donc une première série d'observations, démontrant la possibilité d'effectuer, par la faradisation utérine, le redressement de quelques versions et flexions.

Obs. I. — *Spasmes hystériques. — Gastralgie. — Anémie. — Antéversion utérine très prononcée. — Engorgement considérable. — Abaissement. — Faradisation utérine. — Guérison de l'antéversion et de l'engorgement. — Grande amélioration de l'état général.*

Mme P.., âgée de trente et un ans, chanteuse, a dû quitter le théâtre depuis trois ans, parce qu'elle n'a plus de voix et que le peu qui lui en reste se perd très vite lorsqu'elle essaye de chanter. Elle me dit avoir été traitée sans résultat, depuis ce temps, pour une laryngite chronique et pour une maladie du foie; c'est à l'occasion de la laryngite qu'elle vient me consulter en février 1862.

Mme P... est sujette à des « attaques de nerfs » ; elle a le clou hystérique, un météorisme stomacal fréquent, des vomissements glaireux de temps en temps; néanmoins elle n'est particulièrement incommodée par aucun aliment. Enfin la malade parle difficilement en

marchant et en montant les escaliers. Ce dernier renseignement, rapproché du timbre de la voix qui est excellent après un peu de repos, me donne à penser que des phénomènes dyspnéiques en ont imposé pour une affection laryngée. L'examen laryngoscopique montre, d'ailleurs, que toutes les parties qui concourent à la phonation sont parfaitement saines.

Mme P... a eu, à dix-sept ans, une couche heureuse, depuis laquelle elle a été réglée abondamment, pendant une semaine, à des époques régulières. Aujourd'hui, les règles sont très peu abondantes, ne durent que trois jours et ont cessé de se montrer régulièrement.

L'utérus est abaissé, en antéversion très prononcée; le col est le siège d'un engorgement énorme; son volume et sa consistance inégale et exceptionnellement dure me font craindre qu'il ne soit le siège d'une altération fibreuse.

Du 19 au 25 février 1862, trois séances de faradisation recto-utérine.

Diminution de la dyspnée, qui rend la marche plus facile. La malade accuse toujours la même « sécheresse du larynx ».

1er et 6 mars, faradisation recto-utérine. Marche plus facile, phonation meilleure.

Règles le 10, abondantes, sans douleurs.

Le 19 mars, l'engorgement et la dureté du col sont moindres. L'utérus est toujours bas et renversé en avant.

Les 19, 24 et 27, faradisation recto-utérine. Dans la dernière séance, la douleur a changé de caractère : elle ne procède plus par coliques sourdes, mais par piqûres aiguës. C'est ce qui arrive d'ordinaire à l'approche des règles ; les contractions sont alors plus difficiles à provoquer.

Le 3 avril, état général bien meilleur : plus de dyspnée ; Mme P... a pu chanter. Faradisation recto-utérine. Le toucher, pratiqué après la séance, contrairement à mon habitude, montre l'antéversion complètement disparue ; l'engorgement persiste, mais beaucoup moindre; l'abaissement est toujours le même.

Règles le 6 avril, sans douleur, durant cinq jours. Dans les journées qui suivent leur cessation, il survient du malaise, la sensation de la boule hystérique, de la leucorrhée, des régurgitations glaireuses avec sécheresse gênante de la bouche.

Le 15, faradisation recto-bi-inguinale, en vue de remédier au malaise général par un procédé capable de modifier heureusement l'abaissement.

Le 21, faradisation vagino-bi-inguinale.

Règles du 7 au 11 mai.

Le 19, l'engorgement n'est plus sensible et l'abaissement est moindre. Un léger degré d'antéversion persiste ou s'est reproduit. Faradisation recto-utérine.

Les 23, 26 et 30, faradisation recto-utérine.

Règles le 4 juin. Antéversion et engorgement nuls. Faradisation recto-utérine.

L'état général était satisfaisant, à part la persistance d'une grande irritabilité. La malade partit pour un voyage.

J'ai revu Mme P... en avril 1863, sans avoir occasion de la toucher. La guérison des divers symptômes hystériques qu'elle avait présentés s'était maintenue.

Je trouve noté, chez cette malade, un fait qui doit se reproduire dans quelques-uns des cas où le traitement par la faradisation utérine immédiate est suffisamment prolongé : c'est l'intolérance, au bout d'un certain temps, pour les courants de faible tension. Les courants de haute tension, quelquefois insuffisants au début du traitement, conviennent parfaitement à une période plus reculée, alors que sont en partie revenues la contractilité et la sensibilité de l'utérus.

Plusieurs particularités de cette observation comportent aujourd'hui des remarques qui n'avaient pas alors de raison d'être, ou dont l'intérêt m'avait paru médiocre, et sur lesquelles je crois devoir revenir.

Si un cas identique se présentait actuellement ici, le météorisme stomacal nous conduirait certainement à pratiquer la galvanisation continue ascendante du pneumogastrique droit, et la parésie laryngienne, à essayer la galvanisation polaire positive de la région antérieure du cou. Le résultat final obtenu autrefois montre que ces symptômes ont cédé à la faradisation utérine pratiquée à l'exclusion de tout autre moyen, fait assurément intéressant que nous ne constaterions plus aujourd'hui. Je crois toutefois que l'amélioration générale eût été plus rapidement complète si, au traitement de l'affection utérine que je crois pouvoir considérer comme ayant joué au moins pour une

large part le rôle de cause, on eût pu joindre le traitement parallèle des symptômes éloignés que je viens de vous rappeler.

Le toucher m'ayant donné le soupçon d'un état fibreux de l'utérus, je négligeai de vérifier cette présomption par le cathétérisme. Je n'y manquerais pas aujourd'hui. Mais j'étais loin alors de soupçonner la fréquence et l'importance des fibromes; je croyais, d'autre part, que si quelque action résolutive pouvait en avoir raison, ce serait surtout à la faradisation qu'il la faudrait demander. C'est une opinion dont je suis revenu aujourd'hui.

A l'occasion d'une séance de faradisation recto-utérine faite à l'approche des règles, je trouve noté que le caractère de la douleur change d'ordinaire à ce moment, et que celle-ci, au lieu de procéder par coliques sourdes, s'accuse par une sensation de piqûres aiguës. Il en est quelquefois ainsi, mais le fait est moins constant que je l'admettais alors.

Enfin, j'avais noté chez cette malade qu'au bout d'un certain temps les courants de faible tension, mais de plus forte quantité, bien tolérés d'abord, l'étaient moins ensuite, et que j'avais dû, en conséquence, abandonner l'emploi d'une bobine à gros fil pour y substituer une bobine à fil fin. L'observation est exacte d'une manière générale : un utérus très engorgé est inerte, moins contractile, et souvent on ne réussit à provoquer les douleurs accusant ses contractions qu'avec une bobine à gros fil, la bobine à fil fin n'en donnant pas ou en donnant à peine. Plus tard, les contractions deviennent plus faciles, la faradisation plus douloureuse par conséquent, et on peut être tenté de diminuer la grosseur du fil des bobines. C'est ce que je faisais quelquefois à cette époque. Aujourd'hui que je fais les séances plus courtes, je n'ai presque plus jamais besoin de

recourir à cette atténuation : préférant les courants de faible tension, je conserve la bobine induite à gros fil, recouvrant seulement moins l'hélice inductrice quand, l'inertie initiale cessant, la sensibilité se montre augmentée.

Obs. II. — *Antéversion avec antéflexion. — Faradisation utérine. — Guérison.*

Mme C. P..., âgée de vingt-six ans, nullipare. Depuis deux ans, douleurs dans l'hypochondre gauche; douleurs utérines et lombaires deux ou trois jours avant l'établissement des règles. Envies très fréquentes d'uriner. Constipation opiniâtre. Irritabilité extrême.

Antéversion avec antéflexion. Abaissement. Le col est sain.

Dernières règles le 10 juillet 1862.

Le 19, faradisation recto-utérine par des courants de moyenne tension qui ne provoquent pas de contractions.

Le 21, faradisation recto-utérine. Les courants de basse tension sont bien supportés et provoquent des contractions.

Le 26, faradisation recto-utérine. Les courants de basse tension provoquent cette fois des douleurs hors de proportion avec les contractions.

Le 29, faradisation recto-utérine. Retour aux courants de moyenne tension.

Règles le 4 août, moins douloureuses, plus abondantes; elles durent trois jours.

Le 14, faradisation recto-utérine. Courants de moyenne tension; pas ou peu de contractions.

Les 28 et 30, faradisation recto-utérine. Courants de moyenne tension; contractions énergiques.

Règles le 1er septembre, douloureuses, abondantes, durant trois ou quatre jours.

Les 13, 15, 17 et 19, faradisation recto-utérine.

Le 22, l'antéversion a complètement disparu; l'abaissement persiste. En vue de remédier, autant que possible, à cet abaissement, je fais, les 22, 24 et 26, des séances de faradisation bi-inguino-utérine.

Règles le 27, très douloureuses, d'abondance moyenne, durant deux ou trois jours. Après leur cessation, retour de la douleur dans le côté gauche.

Le 20 octobre, cathétérisme utérin. Des tentatives très modérées pour franchir l'orifice cervical interne restant infructueuses, j'attribue à sa perméabilité insuffisante les douleurs qui ont accompagné les dernières menstruations. Faradisation bi-abdomino-utérine par courants de faible tension. Dilatation du col par un petit cylindre d'éponge préparée.

Le 24, réapplication de l'éponge préparée.

Le 28, faradisation bi-abdomino-utérine. Éponge préparée.

Règles le 1er novembre, sans douleurs.

Vers le 15, retour des douleurs pelviennes, douleurs cardiaques, étouffements de temps en temps.

Les 20, 24 et 26, faradisation bi-inguino-utérine ; les deux premières séances sont suivies de l'application d'éponge préparée. Dès la première séance, les douleurs et la dyspnée ont cessé.

Règles le 29, d'abondance moyenne, durant quatre jours sans douleurs.

Le 18 décembre, à la suite d'une vive colère, surviennent de violentes douleurs de reins, suivies d'une hémorrhagie utérine qui commençait à cesser, le soir du second jour, quand je fus appelé. En questionnant la malade sur son état durant les jours qui avaient précédé cette hémorrhagie, je fus conduit à regarder comme très probable une grossesse, suivie, presque à son début, de l'expulsion de l'œuf.

Le 30, engorgement notable. L'abaissement a augmenté. Écoulement qui ressemble fort aux lochies. Rougeur et sensibilité du vagin. Tampon vaginal enduit de cérat opiacé.

Le 6 janvier 1863, algie sciatique, guérie par deux séances de faradisation cutanée.

Règles le 14, puis le 11 février sans douleurs.

7 mars. Depuis deux jours douleurs uréthrales. Le redressement de l'utérus s'est parfaitement maintenu. L'abaissement est moindre que lors du dernier examen. Faradisation abdomino-uréthrale.

En mars, avril, mai et juin, les règles sont venues régulièrement avec deux jours d'avance, et n'ont été qu'une seule fois un peu douloureuses le premier jour.

Dans le courant du mois de mai et au commencement de juin, il y a eu retour des douleurs dans l'hypochondre gauche. Ces douleurs étaient occasionnées par la présence dans le rectum d'un amas de matières stercorales dures ; elles ont cédé à des lavements huileux. Chaque fois j'ai pratiqué le toucher et constaté le maintien parfait du redressement. L'engorgement consécutif à l'accident que je crois

être un avortement avait complètement disparu lors des examens de mai et juin.

J'ai touché de nouveau cette malade en août et en novembre ; la rectitude de l'utérus se maintient si bien, que la peur de favoriser une rétroversion m'a seule empêché d'opposer la faradisation du rectum à une constipation opiniâtre avec accumulation dans l'intestin d'une quantité énorme de matières fécales dures, dont j'ai dû prescrire l'extraction quotidienne avec le doigt.

11 janvier 1864. Persistance du redressement.

Cette observation n'offrirait qu'un médiocre intérêt si je n'avais à la compléter par le résultat d'un examen fait en 1879, dix-sept ans par conséquent après la cessation du traitement, aucune grossesse n'ayant eu lieu dans l'intervalle. La rectitude de l'utérus s'était maintenue intacte.

On peut voir signalé à plusieurs reprises l'emploi de l'éponge préparée pour faciliter la dilatation du canal cervical vers le niveau de son orifice interne. Je ne le ferais plus aujourd'hui, réservant maintenant l'usage de l'éponge pour les cas où il est indiqué de dilater l'orifice vaginal de ce canal. J'aurai à vous entretenir ultérieurement des indications de la dilatation de l'orifice utérin et des moyens à employer pour l'effectuer.

Obs. III. — *Toux nerveuse. — Dysménorrhée. — Abaissement de l'utérus avec rétroversion et engorgement. — Faradisation utérine. — Cessation des symptômes. — Guérison de la déviation constatée plus tard.*

Mme C. A..., trente ans environ. Une dernière couche il y a dix ans; toujours malade depuis.

Devenue très irritable, d'une profonde tristesse habituelle. Toux fréquente sans cause organique appréciable. Règles ordinairement très abondantes, en avance de quatre ou cinq jours, occasionnant des souffrances extrêmement vives dans les reins et dans le bas-ventre. Dans l'intervalle des règles, élancements hypogastriques survenant de temps en temps. Jamais de maux de tête. Constipation opiniâtre; crampes d'estomac fréquentes. La malade a suivi, il y a

cinq mois, un traitement interne dont elle iguore la nature, et qui était dirigé contre un engorgement de l'utérus ; elle n'a éprouvé de ce traitement aucun soulagement

Je constate du côté de l'utérus : abaissement, — rétroversion avec latéroversion gauche, — engorgement notable, — érosions du col.

Les 26, 29 et 31 décembre 1862, faradisation vésico-utérine, lavage du col à l'eau iodurée iodée, et tamponnement au coaltar. Les contractions de l'utérus surviennent promptement et sans qu'il soit nécessaire d'employer des courants énergiques.

2 janvier 1863. Faradisation inguino-utérine : excitateur inguinal placé à droite. Mon intention était, en procédant ainsi, d'agir autant que possible sur le ligament rond de ce côté pour combattre la latéroversion de sens opposé.

Le 4 janvier, hémorrhagie légère qui fait croire à un retour des règles, mais ne dure que trois ou quatre heures. Les dernières règles étaient du 12 décembre.

5 janvier. Faradisation vésico-utérine, lavage à l'eau iodée. Le soir, nouvel écoulement sanguin de peu de durée.

Règles du 7 au 11 janvier, encore abondantes, mais non douloureuses. La malade n'est pas obligée de se coucher comme autrefois.

Jusqu'au 18 janvier, état général et local très satisfaisant. Guérison de l'érosion du col; plus de toux.

Du 18 au 20 janvier, douleurs utérines et leucorrhée. Les douleurs sont immédiatement soulagées par une séance de faradisation vésico-utérine.

Du 20 au 30 janvier, quatre séances de faradisation vésico-utérine, avec faradisation bi-abdomino-rectale, la constipation me paraissant liée à une analgésie très marquée du rectum. Le 30 janvier, l'état de Mme A. me paraît assez satisfaisant pour que je l'engage, malgré la persistance de la constipation, à ne plus revenir que huit jours après ses prochaines règles pour faire constater la position de l'utérus. La malade n'est pas revenue se soumettre à cet examen ; mais l'ayant rencontrée en avril, j'ai appris qu'elle se trouvait fort bien, que la toux n'avait pas reparu, que la menstruation n'était plus douloureuse et que la leucorrhée avait cessé.

Cette observation restait pour moi nulle au point de vue de la déviation, lorsque, le 1er juin, Mme A... revint, tourmentée depuis quelques jours par du météorisme. Je pus alors, pratiquant le toucher, m'assurer que l'engorgement et la rétroversion n'étaient plus sensibles; je ne saurais dire si l'abaissement avait notablement diminué.

Le 1er juin, une séance de faradisation bi-abdomino-utérine est suivie d'un grand soulagement. Dans deux autres séances, les 3 et 5 juin, je pratiquai à la fois la faradisation bi-abdomino-utérine et la faradisation bi-abdomino-vaginale, pour remédier à l'atonie de la paroi abdominale, et, en même temps, à une anesthésie vulvo-vaginale. Quelques jours après, Mme A... allait fort bien; je lui conseillai néanmoins les bains de mer.

15 janvier 1864. Persistance du redressement.

Mars 1867. Depuis deux ans, la menstruation est devenue douloureuse. Engorgement, très légère rétroversion, leucorrhée depuis quelques mois; le col est sain. Deux séances de faradisation bi-inguino-utérine. Injection d'un crayon de paraffine au tannin.

Vers la fin de l'été de 1868, j'ai rencontré Mme A..., pâle, défaite, et appris d'elle que, prise depuis près d'un an de métrorrhagies assez fréquentes, elle était en cours de traitement par l'abrasion suivie de cautérisation actuelle. Elle sortait pour la première fois depuis trois opérations qui n'avaient encore amené aucun changement dans l'état local.

1870. J'ai su récemment que cette malade était morte au commencement de 1869. A-t-elle succombé aux progrès d'une affection organique ? ou au traitement? ou à ces deux causes réunies ?

Obs. IV. — *Rétroversion considérable. — Faradisation utérine. — Guérison presque complète.*

Marie C..., vingt-six ans, cuisinière, accouchée le 16 août 1861, entre en décembre à l'hôpital Beaujon (salle Sainte-Paule, n° 10), pour des douleurs du bas-ventre qui l'empêchent de marcher et qui se compliquent de vomissements habituels. Céphalalgie frontale. Menstruation régulière, d'abondance moyenne, mais très douloureuse.

Le 25 décembre 1861, je constate un abaissement de l'utérus, le museau de tanche arrivant à 1 centimètre à peine de la vulve ; — engorgement considérable du col et du corps ; — rétroversion très prononcée ; — rien d'appréciable dans les tissus péri-utérins qu'une sensibilité vive au toucher en arrière du col. Quand la malade est couchée, la rétroversion est telle que l'axe de l'utérus est devenu horizontal.

M. Sée devant, à cette époque, quitter l'hôpital Beaujon pour passer à la Pitié, m'offre de faire transférer cette malade dans son nouveau service, où elle entre le 1er janvier 1862, salle Sainte-Marthe, n° 55.

3, 6 et 8 janvier 1862. Séances de faradisation vésico-utérine.

Règles le 9 janvier, durant trois jours.

Après les règles, migraine qui dure une semaine. Hyperesthésie vulvaire et vaginale.

Du 22 janvier au 10 février, neuf séances de faradisation vésico-utérine suivies de tamponnement au coaltar. Dès le 29 janvier, la malade marchait mieux et souffrait moins des reins ; à l'examen fait ce jour-là, la rétroversion me parut sensiblement diminuée. Le 7 février, je trouve noté : Amélioration marquée de l'état général, diminution de l'hyperesthésie vaginale.

Règles le 11 février, non précédées de douleurs, d'abondance moyenne; elles cessent le 14 sans laisser de maux de tête à leur suite.

17 février. Nouvel examen : la rétroversion est décidément moindre; l'abaissement n'est pas modifié; l'utérus est moins pesant, le col encore gros.

Du 17 février au 19 mars, treize séances de faradisation vésico-utérine. Dans les trois dernières séances, l'extra-courant (basse tension) est substitué au courant induit (haute tension) ; il est assez bien supporté. Le col, ulcéré, a été cautérisé trois fois au nitrate d'argent, et les cautérisations suivies de tamponnement au coaltar saponiné. La leucorrhée, d'abord extrêmement abondante, a considérablement diminué.

Règles du 19 au 24, sans douleurs.

Examen le 28. Le toucher est pratiqué, la malade étant debout et couchée. La rétroversion ne subsiste plus qu'à un faible degré. Le vagin et la vulve sont toujours très sensibles. Le col, toujours ulcéré, est cautérisé au perchlorure de fer.

Le lendemain, 29 mars, Marie C... est envoyée en convalescence au Vésinet. Je lui recommande de venir me voir quand elle en sortira.

Je revois la malade le 10 mai. L'utérus est toujours abaissé. La direction du col est normale ; mais il y a un peu de rétroflexion. Du reste, l'état général est très satisfaisant et la marche facile.

Marie C... a renoncé à servir; elle travaille maintenant à la couture.

Du 10 au 23 mai, cinq séances de faradisation vésico-utérine; courants de moyenne tension. Après chaque séance, lavage du col à l'eau iodurée-iodée et tamponnement au coaltar.

Règles le 24, durant trois jours.

7 juin. La rétroflexion est plus marquée que le mois dernier. Faut-il l'attribuer aux nouvelles occupations de la malade?

Le 7 et le 11 juin, faradisation vésico-utérine. Lavage à l'eau iodée, tamponnement.

Règles le 22 juin.

4 juillet. Même état qu'il y a un mois. L'état général continue à être bon, mais la déviation de l'utérus est plus prononcée que lorsque la malade est sortie de l'hôpital.

4, 7 et 11 juillet. Séances de faradisation vésico-utérine par courants induits de basse tension.

Règles le 15 juillet, précédées de douleurs violentes, durent quatre jours; abondance moyenne.

26 juillet. La rétroflexion n'existe presque plus; mais l'utérus est très bas : le col repose sur le périnée.

26 juillet et 1er août, faradisation bi-abdomino-utérine.

Règles le 15 sans souffrances, durent quatre jours.

1 et 8 septembre, faradisation bi-abdomino-utérine.

Règles le 10, sans douleurs, durent trois jours.

23 et 29 septembre et 6 octobre, faradisation bi-abdomino-utérine.

Règles le 12 octobre.

27 octobre et 3 novembre, faradisation bi-abdomino-utérine.

L'engorgement a disparu ainsi que la rétroflexion ; le col est peu ouvert, la marche est facile. Marie C... est rentrée en condition.

Règles le 12 novembre.

25 novembre. Va toujours bien. La rétroversion tend à se reproduire. Faradisation vésico-utérine.

Règles le 11 décembre.

3 janvier 1863. Même état que le mois dernier. Faradisation vésico-utérine.

Règles le 9 janvier.

24 et 31 janvier, faradisation vésico-utérine.

Règles le 7 février, durent cinq jours.

28 février. L'état général est toujours très bon, et la marche facile. Les douleurs n'ont pas reparu depuis longtemps. Le col est sain; il y a seulement un peu de leucorrhée de temps en temps. La rétroversion existe à peine. Mais elle n'a pas complètement disparu.

Je n'ai pas revu Marie C... depuis le 28 février; mais j'ai su par sa maîtresse qu'elle continuait à aller bien et que c'est pour cette raison qu'elle n'est pas revenue.

25 avril. Je fais revenir la malade pour l'examiner. Son état général est toujours très satisfaisant. La rétroversion a augmenté notablement depuis le 25 février, quoiqu'elle soit loin de s'être reproduite au même degré qu'autrefois. Faradisation vésico-utérine.

Tout allait bien le 16 mai.

Ce cas offre un exemple de guérison difficilement stable. Il est fâcheux que j'aie perdu la trace de la malade, qu'il eût été intéressant de toucher quelques années plus tard. Faut-il, de ce qu'elle n'est pas revenue, conclure à la persistance de la guérison ? — Je ne le crois pas.

Vous avez pu voir que l'ulcération du col a été touchée, chez elle, avec le crayon de nitrate d'argent et avec le perchlorure de fer. C'est peut-être la dernière fois que j'aie fait usage du nitrate d'argent ; quant au perchlorure de fer, j'y ai eu encore quelquefois recours, en solution très étendue. La règle est toutefois que les ulcérations guérissent seules quand on soigne l'affection principale.

Obs. V. — *Rétroflexion type. — Abaissement. — Faradisation vésico-utérine. — Guérison dont la persistance est douteuse.*

J. L..., dix-neuf ans, blanchisseuse, entre à l'hôpital de la Pitié, salle Sainte-Marthe, n° 5, le 22 mars 1862, se plaignant de douleurs abdominales, qui, depuis trois semaines, l'empêchent de marcher.

M. Millard, qui faisait en ce moment l'intérim de M. Sée, constate une rétroflexion et fait pratiquer le toucher par plusieurs élèves du service. L'utérus engorgé, très abaissé, présente une rétroflexion à angle aigu, la plus nette et la plus facile à constater que j'aie encore rencontrée : le doigt sent très distinctement, et sans interposition d'une couche notable de tissus mous, le point où siège la flexion. On devait constater plus tard une ulcération du col.

La malade a toujours été réglée abondamment, mais régulièrement ; elle perd pendant huit jours ; elle avait déjà souffert l'année dernière de douleurs semblables, mais moins fortes. J. L... se plaint enfin de douleurs lombaires et de crampes d'estomac. La dernière menstruation remonte au 1er février.

24 et 26 mars, faradisation vésico-utérine. Le courant induit est moins douloureux que l'extra-courant; néanmoins, j'emploie ce dernier en en diminuant suffisamment l'énergie.

28 mars. La malade perd un peu de sang. A partir de ce moment elle souffre beaucoup moins.

11 avril. Faradisation vésico-utérine.

19 avril. Hémorrhagie ; des caillots sont rendus en assez grand nombre.

23 avril. Examen au spéculum. Le col est granuleux dans tout son pourtour. Badigeonnage avec la solution de perchlorure de fer.

25 avril. Ménorrhagie moins abondante. Application de perchlorure de fer. Faradisation vésico-utérine durant deux minutes seulement.

29 avril, 2, 5 et 7 mai, faradisation vésico-utérine. Avant la séance du 7 mai, le toucher montre l'utérus élevé. La rétroflexion a complètement disparu.

Une dernière séance de faradisation vésico-utérine est faite le 9 mai. Le 12, J. L... sort complètement guérie. La guérison est constatée par les élèves du service qui avaient touché la malade à son entrée à l'hôpital.

Vers les derniers jours de 1862, j'ai rencontré J. L... dans la rue ; elle était dans un tel état d'ivresse que c'est avec peine que j'ai pu tirer d'elle quelques renseignements sur son état. La guérison ne s'était maintenue que quelques mois ; et quand je la rencontrai, elle sortait de l'hôpital. Je n'ai pu savoir dans quel état elle y était entrée et en était sortie.

Obs. VI. — *Abaissement ancien. — Antéflexion avec antéversion. — Engorgement considérable. — Faradisation utérine. — Guérison.*

Mme A..., quarante-cinq ans, cuisinière. Sentiment de pesanteur dans le bassin, gênant la marche.

Une couche autrefois. Ce n'est que longtemps après la couche qu'est survenu graduellement un abaissement assez marqué, sans que l'utérus soit jamais descendu jusqu'à la vulve. La gêne de la marche a augmenté lentement, mais progressivement. Antéflexion légère avec antéversion. Engorgement considérable intéressant le corps et le col de l'utérus.

Soulagée en mars 1863 par deux séances de faradisation recto-utérine.

Je revois cette malade en novembre. Depuis la fin de l'été la marche est redevenue difficile. L'état physique de l'utérus est le même que lors du précédent examen.

Faradisation recto-utérine les 7, 11 et 14 novembre. Soulagement dès les premières séances.

Règles le 15.

Faradisation recto-utérine les 25 et 29 novembre et le 4 décembre.

Règles le 5, non douloureuses, durent trois jours, abondance moyenne.

Faradisation recto-utérine le 18.

Les règles du commencement de janvier sont presque nulles et suivies d'un peu de dyspnée. Nous sommes au début des malaises de la ménopause.

12 janvier 1864. La position de l'utérus est parfaitement normale, à tel point que jugeant la faradisation de cet organe indiquée par la gêne de la respiration, je n'ose recourir au procédé recto-utérin. Le 12 janvier, donc, faradisation utérine annulaire, et conseil donné à la malade de revenir se soumettre à cette opération lorsque surviendront, du côté de la poitrine ou de la tête, les symptômes qu'autorise à attendre la période qu'elle va traverser.

Obs. VII et VIII. — Je ne vous rappellerai pas par le menu deux observations autrefois publiées à cette place, et dont je devais la relation à mon ami le Dr Couriard, de Saint-Pétersbourg. Elles étaient relatives à des cas de déviations guéries par la faradisation *sacro-utérine*. Les guérisons y auraient été exceptionnellement rapides, — trop rapides pour ne pas me laisser quelques doutes, — et n'avaient pas été contrôlées après la cessation un peu brusque de traitements de trop courte durée. La substance de ces observations m'avait cependant conduit à essayer la faradisation sacro-utérine dans les cas d'antéversion, comme avait fait Couriard. Or, ces essais, poursuivis avec quelque persévérance, m'ont laissé la conviction de l'infériorité absolue de ce procédé, comparé à la faradisation recto-utérine.

Obs. IX. — *Antéversion. — Aménorrhée. — Faradisation utérine prématurément interrompue. — Grande amélioration.*

Mme B..., trente ans environ, grasse et lymphatique, est venue me consulter à l'occasion de suffocations habituelles, s'accompagnant par instants de douleurs cardiaques lancinantes s'irradiant vers l'épaule. L'auscultation n'indique rien du côté du cœur. La malade est à peine réglée, et l'apparition de quelques gouttes de sang pâle qu'elle perd chaque mois, avec des retards, est très douloureuse. La marche est rendue difficile par une sensation de pesanteur dans le

bas-ventre et par des envies d'uriner qui reviennent à chaque instant.

Mme B... a eu deux accouchements : l'un il y a huit ans, l'autre il y a quatre ans environ. Tous deux ont dû être terminés au forceps. C'est de sa première couche que Mme B... fait dater le début des accidents dont elle souffre aujourd'hui. Spasmes hystériques ; migraines ; leucorrhée abondante.

Le toucher montre l'utérus volumineux et pesant, un peu abaissé, sensible à la pression, renversé en avant au point que son axe est devenu presque horizontal. L'orifice extérieur du col est dirigé en arrière et semble regarder un peu en haut à cause du développement exagéré de la lèvre antérieure du museau de tanche.

22 avril 1861. Faradisation recto-utérine. L'excitateur utérin est conduit sur le doigt qui a pratiqué le toucher. Le spéculum cylindrique ne permet pas de découvrir l'orifice cervical ni même d'en approcher assez pour y engager facilement un excitateur courbe.

25 avril. Les envies d'uriner ont été moins fréquentes. Faradisation recto-utérine.

29 avril. Cessation des envies d'uriner. La marche est plus facile, et Mme B... a fait la veille une longue course à pied. La sensation de pesanteur hypogastrique est bien moins pénible. Faradisation recto-utérine. L'excitateur utérin, à peine courbé, peut être mis en place avec le spéculum.

1er et 3 mai, faradisation recto-utérine. Le col est un peu rouge, sensible à l'électrisation (sensibilité superficielle). Le mieux être a diminué un peu depuis trois ou quatre jours. Est-ce parce que l'époque menstruelle approche ? Dans cette supposition, j'ajourne la sixième séance (ce que je ne ferais plus aujourd'hui).

Les règles, qui le mois précédent avaient paru le 9, se montrent cette fois le 11. Elles sont encore peu abondantes et pâles.

18, 21, 23, 25 et 27 mai, faradisation recto-utérine. Avant la dernière séance, le toucher permet de constater que l'antéversion a à peu près disparu, et que si l'orifice du col paraît encore dirigé vers la concavité du sacrum, cela tient uniquement à ce qu'il faut le chercher derrière une lèvre antérieure du museau de tanche volumineuse et procidente ; l'abaissement persiste. Les symptômes sont réduits à ce qu'ils étaient après la troisième séance, c'est-à-dire avant la menstruation précédente.

Mme B... est forcée de retourner chez elle, loin de Paris. Je lui conseille de continuer à se faire faradiser l'utérus deux ou trois fois dans la quinzaine qui précède l'apparition probable des règles. Je ne

sais si cette prescription est suivie; j'ai de temps en temps, de la malade, des nouvelles bonnes, mais vagues.

Je ne me rappelle pas les raisons que j'ai pu avoir, chez Mme B..., de me servir du spéculum pour mettre la sonde en place. C'était déjà, à la date de cette observation, une pratique tout à fait accidentelle : le spéculum, même celui de Récamier, le seul dont je me serve quelquefois, n'apporte jamais d'aide en pareil cas; après m'en être servi au début, j'y avais assez vite renoncé : il est, pour l'introduction de la sonde, toujours plus gênant qu'utile.

Obs. X. — *Gastralgie. — Hypochondrie. — Antéflexion et abaissement utérin. — Faradisation de l'utérus. — Guérison de l'antéflexion.*

Mme T..., vingt-cinq ans environ, ayant eu déjà deux couches heureuses, mais à la suite desquelles elle s'est peu soignée, vient me consulter pour une gastralgie très douloureuse; il y a en même temps une hypochondrie très prononcée.

Antéflexion à angle droit, très aisément perceptible, grâce à l'absence d'empâtement des tissus au niveau de la flexion. Le col utérin, qui regarde en bas et un peu en arrière, repose sur le périnée. Leucorrhée abondante.

Dernières règles le 9 juillet 1861.

23, 26 et 29 juillet 1861, faradisation recto-suspubienne. Cessation des douleurs d'estomac; persistance des vertiges.

1er et 5 août, faradisation recto-suspubienne. Renvoyée au 20 août, les règles étant attendues prochainement.

Règles le 7 août.

20 août. Antéflexion notablement diminuée. Le fond du cul-de-sac vaginal postérieur est accessible. Une éruption furonculeuse aux fesses fait ajourner la faradisation. Les vertiges ont cessé.

Règles le 2 septembre, sans douleurs; abondance moyenne.

20 et 27 septembre, faradisation recto-suspubienne. L'examen fait avant la dernière séance montre l'antéflexion complètement effacée; il reste un peu d'antéversion qui me paraît difficilement curable ou même incurable en raison de l'allongement hypertrophique du col,

dont l'extrémité inférieure appuie sur le périnée. Plus de leucorrhée; plus de gastralgie; persistance d'un sentiment de pesanteur au fondement. Cessation du traitement.

Je n'ai pas revu Mme T...; j'ai su qu'elle avait eu peu après une couche heureuse.

Obs. XI. — *Antéflexion. — Abaissement. — Cystocèle. — Traitement insuffisant. — Guérison presque complète de l'antéflexion, diminution de l'abaissement et de la cystocèle. — Persistance de l'antéversion.*

Mme Z..., de Hambourg, trente-quatre ans, lymphatique, a deux enfants. Réglée toujours régulièrement, mais très peu, souffre depuis deux ans d'une pesanteur dans le bassin, qui s'accompagne de douleurs inguinales et lombaires qui ont été toujours en augmentant, et rendent depuis longtemps la marche fort pénible. Mme Z... a consulté, il y a huit ans, son médecin; celui-ci a constaté une antéversion et l'a adressée à Scanzoni, qui a conseillé les eaux de Kissingen.

Un an après, grossesse très pénible.

Trois mois après l'accouchement, paraplégie qui dure trois mois.

Il y a un an, nouvelle consultation à Berlin. On diagnostique une antéflexion et on prescrit un hystérophore à tige et des injections astringentes.

La malade vient me consulter en juillet 1867, et je constate : engorgement, antéversion avec antéflexion, abaissement léger, cystocèle.

Du 22 juillet au 10 août 1867, treize séances de faradisation recto-utérine. Abandon du pessaire à la seconde séance. Au bout de quatre ou cinq jours, la malade commence à faire à pied des courses assez longues.

Règles le 11 août. Durant cinq jours; d'abondance moyenne; sans trop de souffrance.

17 août. Engorgement bien moindre. L'antéversion persiste, mais la flexion est en grande partie effacée. Abaissement diminué; cystocèle à peine sensible.

17 et 19 août, faradisation recto-utérine. La malade est rappelée en Allemagne.

Le médecin de Mme Z..., que j'ai vu en 1869, m'a dit qu'elle n'avait rien perdu et que son état général était devenu meilleur.

Obs. XII. — *Abaissement. — Rétroflexion. — Faradisation. — Guérison.*

Mme B..., trente ans environ, a eu deux couches et trois fausses couches. Les enfants venus à terme, le premier et le quatrième, sont morts au bout, l'un de dix-neuf jours, l'autre de deux mois. Exostose volumineuse du tibia gauche; aucun autre signe imputable à la syphilis; les questions faites dans ce sens n'ont provoqué que des réponses négatives.

Les grossesses ont été difficiles : le dégoût des aliments et la prostration existaient au plus haut degré.

Depuis huit mois, la faiblesse est extrême; elle est accompagnée de douleurs des muscles postérieurs du rachis, s'étendant de la région lombaire à la région cervicale et s'irradiant dans les bras. Depuis la dernière fausse couche, qui date de six semaines, ces douleurs sont devenues intolérables. Chaleur et tuméfaction douloureuse du cou, qui offre une consistance uniformément molle sans empâtement. La tête est peu mobile, et son attitude rappelle celle de l'arthrite cervicale. Je cherche s'il existe des tumeurs gommeuses, et n'en trouve pas.

Pas de douleurs de tête; dents bonnes.

Abaissement de l'utérus et rétroflexion sans engorgement. Grande ulcération en entonnoir du museau de tanche. Règles douloureuses, à époques régulières, peu abondantes, de longue durée.

10 septembre 1867. Faradisation cutanée de la région cervicale postérieure. La séance, faite à deux heures, calme les douleurs jusqu'à onze heures du soir.

Du 11 au 18 septembre, six séances de faradisation vésico-utérine suivies de faradisation cutanée cervicale. Dès la seconde, je fais quitter la ceinture hypogastrique. Cessation des douleurs dorso-lombaires; diminution de la tuméfaction du cou. Un gramme d'iodure de potassium par jour.

Du 19 au 25 septembre, six séances de faradisation vésico-utérine.

Règles le 26, plus abondantes, moins douloureuses; durent encore une semaine, ce qui est moins que d'habitude.

18 octobre. L'abaissement est le même; la rétroflexion bien moindre.

Du 18 au 23 octobre, trois séances de faradisation vésico-utérine. Continuation de l'iodure de potassium.

Règles le 25 octobre, durent quatre jours, bien.

10 novembre. Abaissement moindre, utérus redressé. Faradisation vésico-utérine.

Règles le 21 novembre, durent cinq jours, bien.

30 novembre. La tuméfaction du cou a disparu; les douleurs rachidiennes ne sont pas revenues. Utérus droit. Leucorrhée médiocrement abondante depuis un mois.

La malade revient le 13 mai 1868. Elle a fait une fausse couche de deux mois le 1er avril. Je l'engage à reprendre l'iodure de potassium abandonné depuis plus de six mois. Il n'y a presque plus de leucorrhée; l'ulcération du col est très réduite et en voie de cicatrisation. Le redressement de l'utérus persiste.

Obs. XIII. — *Ménorrhagies.* — *Anémie.* — *Algies.* — *Antéversion presque horizontale.* — *Faradisation.* — *Soulagement tardif.* — *Guérison.*

Mme J. L..., vingt-six ans, a eu, il y a neuf mois, une couche facile. Un mois après, elle a été traitée pour une *névralgie* générale (?) qui a duré un mois.

Depuis, douleurs incessantes, plus fortes la nuit, dans les reins, le bas-ventre et les aines. La menstruation a lieu régulièrement tous les mois, très abondante, avec caillots, durant de 8 à 10 jours; elle s'accompagne de violentes douleurs de reins. Anémie extrême.

Le 22 novembre 1862, je constate une antéversion presque horizontale, avec engorgement considérable limité au corps et abaissement médiocre. Leucorrhée abondante. Les dernières règles ont duré du 10 au 19.

Du 22 novembre au 8 décembre 1862, huit séances de faradisation recto-utérine ne procurent pas immédiatement le soulagement habituel, mais laissent persister, quoique à un degré moindre, les douleurs de reins et de la région iliaque gauche, qui n'offre d'ailleurs aucune tumeur ovarique et n'est pas empâtée.

Règles le 10 décembre, avec exaspération des douleurs, prenant, le 12, le caractère d'une métrorrhagie avec caillots; cessent le 18.

La malade se trouve bien jusqu'aux règles suivantes, qui arrivent le 12 janvier, durent 8 jours, aussi abondantes, moins douloureuses.

Jusqu'aux règles suivantes, la malade va bien. Celles-ci arrivent le 12 février et durent neuf jours, aussi abondantes que d'ordinaire, et s'accompagnant de douleurs iliaque, inguinale et sciatique gauches beaucoup plus fortes que le mois précédent. Après la cessation des règles, les douleurs persistent.

Du 3 au 11 mars, cinq séances de faradisation recto-utérine. Les trois premières ont été suivies de faradisation cutanée de la région ilio-inguinale gauche qui a supprimé les douleurs. A partir du 8 mars, la malade va très bien.

2 septembre 1863. L'amélioration a persisté. Les règles durent cinq ou six jours, toujours abondantes, mais sans caillots. Les douleurs nocturnes n'ont pas reparu; la marche est libre. Au moment des règles, les douleurs de reins se montrent seules. Depuis trois semaines, la leucorrhée a reparu ; la miction est suivie de douleurs sourdes dans le bas-ventre. Engorgement beaucoup moindre ; abaissement peu marqué ; antéversion en grande partie corrigée.

Du 2 septembre 1863 au 25 février 1864, dix séances de faradisation recto-utérine à intervalles irréguliers.

27 février 1864. L'antéversion n'existe plus. Depuis trois mois, les règles, d'une abondance normale, ne durent plus que trois ou quatre jours.

J'ai eu des nouvelles de cette malade dans le courant de 1867 : la guérison se maintenait intacte, et l'état général était devenu très satisfaisant.

L'observation suivante est intéressante comme type de flexion avec brisure et comme exemple de la marche à suivre en pareil cas dans le traitement : la première amélioration obtenue par des séances fréquentes, on doit continuer pendant longtemps avec des séances rares.

Obs. XIV. — *Rétroflexion. — Séances de faradisation rares et longtemps continuées. — Guérison.*

Mme B.... trente-deux ans, a eu deux couches heureuses; la dernière il y a dix ans Depuis ce temps, douleurs pelviennes de siège variable qui ont augmenté progressivement de fréquence et d'intensité ; marche très pénible. Hypochondrie. La malade, qui a peur du choléra, n'ose pas aller à la selle; depuis trois ans, elle ne cède à ce besoin qu'à la dernière extrémité. Gastralgie. Maux de tête presque continuels.

21 juin 1867. Abaissement de l'utérus et rétroflexion à angle droit, avec brisure très perceptible; engorgement du corps; col granu-

leux ; pas de leucorrhée. Les règles ont duré, en mars, du 10 au 25; elles ont manqué en avril, ont repris le 26 mai, pour ne cesser que le 16 juin.

Du 21 au 25 juin 1867, quatre séances de faradisation vésico-utérine. Règles le 26 juin, douloureuses ; la durée n'en a pas été notée.

Du 10 au 17 juillet, quatre séances de faradisation vésico-utérine. L'engorgement a à peu près cessé; l'abaissement a peu diminué ; la flexion est sensiblement moindre; leucorrhée.

19 juillet. Crayon de paraffine au tannin; — badigeonnage du col à l'eau iodée.

20. Faradisation vésico-utérine.

Règles le 22 juillet, durant cinq jours, abondantes, précédées de coliques.

1er août. Le sommeil et l'appétit sont meilleurs; la marche est plus facile.

Du 1er au 9 août, cinq séances de faradisation vésico-utérine et une injection de crayon au tannin.

Règles le 21 août. Douleurs moindres; durent 5 jours, normales.

30 août. Rétroflexion bien moindre ; la paroi fléchie est toujours très amincie. L'abaissement est moins prononcé.

Du 30 août au 17 septembre, six séances de faradisation vésico-utérine.

Règles le 19 septembre. Durent deux jours, assez abondantes, sans grandes douleurs.

27 septembre. La rétroversion est maintenant nulle; il ne reste qu'un peu de flexion, ou plutôt une dépression transversale du col au niveau de l'ancienne brisure.

De septembre 1867 en août 1869, j'ai fait à cette malade de une à trois séances de faradisation vésico-utérine tous les mois. Sous l'influence de ce traitement patiemment continué, la paroi autrefois brisée a conservé la rectitude d'abord acquise et pris de la force. En août 1869, il ne reste, au niveau de la flexion, qu'une dépression transversale peu marquée : le tissu du col y a repris de l'épaisseur et de la fermeté.

Quelques crayons au tannin ont eu raison de la leucorrhée quand elle a paru. Depuis longtemps l'état général est beaucoup meilleur ; les maux de tête et la gastralgie ont cessé. Seule la peur du choléra persiste, moindre cependant depuis que j'ai fait comprendre à la malade que le meilleur moyen de s'en garantir était de tenir l'intestin toujours vide.

Le traitement continue dans les mêmes errements.

Juin 1870. Les séances, réduites à une par mois, n'ont plus été suivies régulièrement. La dernière remonte à trois mois et demi. Le redressement persiste intact.

Il m'a été donné de suivre cette malade jusqu'en 1880.

En octobre 1871, le redressement persistait; il y avait de l'abaissement et quelques granulations du col qui cédèrent à deux badigeonnages à l'eau iodée; un peu d'engorgement et d'abaissement; une séance de faradisation vésico-utérine.

Nouvelle séance en janvier 1872. En avril 1872, l'utérus était dans une situation tout à fait normale, si bien que trouvant Mme B... encore sous l'impression de grandes fatigues récentes et ayant un peu de leucorrhée, je ne la faradisai même pas, me contentant de lui faire une injection de paraffine tannique.

Depuis bientôt dix ans, je revois cette malade au moins une fois par an; la guérison ne s'est pas démentie, et sa santé est aujourd'hui parfaite.

J'aurai à vous citer un cas d'antéflexion sur lequel une grossesse paraît avoir exercé une influence favorable en corrigeant la flexion. J'ai eu à vous signaler l'extrême rareté de ces cas, et, dans celui auquel je fais allusion, il s'agissait peut-être, le sujet étant très jeune, du redressement normal d'une flexion infantile. Le cas suivant offre un exemple d'un fait que je crois plus rare encore : le redressement spontané d'une version chez une primipare de quarante ans.

Obs. XV. — *Antéversion. — Trois grossesses. — Guérison.*

Mme C. K... trente-neuf ans, d'une constitution exceptionnellement belle, n'ayant jamais eu de grossesse, vient me consulter pour un peu de leucorrhée qu'elle se voit depuis un mois; en même temps les digestions sont devenues laborieuses. Ces accidents l'inquiètent outre mesure.

4 octobre 1862. Antéversion marquée ; abaissement ; catarrhe cervical peu abondant.

Du 4 au 10, quatre séances de faradisation recto-utérine, suivies de l'introduction dans le col d'un pinceau fin chargé d'eau iodée très concentrée. La leucorrhée cesse d'être appréciable, et je renvoie Mme K., cherchant surtout à la rassurer : sa santé est parfaite, et le traitement de l'antéversion qui persiste me paraît inopportun.

Depuis, Mme K. a eu trois grossesses terminées par des accouchements heureux, le premier en avril 1864, le dernier en janvier 1868. La sachant très soigneuse de sa personne et soucieuse des choses de l'hygiène au point de ne jamais porter de corset, j'ai pensé que si la grossesse pouvait corriger une déviation, c'était évidemment dans un cas de cette nature. Le toucher, pratiqué en août 1870, m'a montré l'antéversion complètement corrigée ainsi que l'abaissement.

L'observation suivante fournit un exemple d'insuccès dont la cause doit être attribuée à un vice de conformation que je rencontrais alors pour la première fois : une déformation avec consistance anormale du col utérin, qui ressemblait tout à fait à un crochet de caoutchouc un peu ferme. Depuis, j'ai rencontré deux autres fois cette malformation coïncidant avec le début d'hyperplasies fibreuses auxquelles elles se rattachait évidemment.

OBS. XVI. — *Rétroflexion par vice de conformation du col. — Faradisation de la face antérieure de l'utérus. — Insuccès.*

A. L..., vingt-trois ans, couturière, est entrée le 24 avril 1862 dans le service de Michon, à la Pitié, salle Saint-Augustin, n° 21, parce que des douleurs pelviennes l'empêchaient de marcher.

Elle souffre depuis huit mois. Il lui semble, dit-elle, qu'on lui enfonce des épingles dans le bas-ventre. Depuis l'âge de dix-sept ans, elle est abondamment réglée toutes les trois semaines. Jamais de grossesse.

Abaissement. Rétroflexion sans rétroversion notable et sans engorgement sensible. Le col, long et grêle, est dirigé en arrière; il n'est pas droit, mais forme une courbe à concavité supérieure; on lui trouve une dureté et une élasticité tout à fait anormales; il pré-

sente enfin une ulcération qui cédera à quelques lotions faites avec une solution faible de perchlorure de fer.

Dernières règles le 11 mai.

Faradisation vésico-utérine les 20, 21, 23, 26, 29 et 31 mai.

Règles le 3 juin, douloureuses, assez abondantes, durant six jours.

Faradisation vésico-utérine les 11, 13 et 16 juin.

Depuis le commencement du traitement, les douleurs ont plutôt augmenté que diminué.

Règles du 28 juin au 6 juillet, douloureuses, peu abondantes.

Faradisation vésico-utérine les 14, 16, 18 et 21 juillet. Les douleurs ont diminué et la malade demande à sortir. Le toucher n'indique aucun changement dans la position de l'utérus ni dans l'état du col, qui ressemble toujours à un épais crochet de caoutchouc.

La plupart des observations qui précèdent sont, comme celles que j'aurai à vous citer plus tard, tirées de ma pratique particulière. Quelques-unes ont été prises ou commencées dans les hôpitaux, où le bienveillant concours de mon ami Ad. Richard, de mon maître Michon, et de M. G. Sée m'avaient permis d'établir, devant un grand nombre de médecins et d'élèves, la simplicité et l'innocuité des manœuvres qui constituaient la partie fondamentale de ma thérapeutique des affections utérines. Les observations tirées de la clinique hospitalière sont peu nombreuses, en raison de la mobilité d'une population qu'on perd de vue dès l'obtention d'une amélioration suffisante pour permettre à la malade de demander sa sortie ; la même difficulté se présente ici, dans nos dispensaires, quoique à un degré moindre ; ce n'est guère que dans la clientèle de la ville qu'on peut entreprendre utilement les observations qui veulent être longtemps suivies.

Si, à l'occasion des cures de versions et flexions, je ne vous ai pas rappelé quelques observations publiées dans des journaux de Paris (*Fano*, novembre 1859 ; *Elleaume*, février 1863),

alors que le sujet était encore une nouveauté, si je ne les ai même pas accueillies dans mon mémoire publié il y a onze ans, ce n'est pas que je dédaigne les arguments à l'appui de mes idées qui me seraient étrangers ; mais les faits publiés à Paris prouvaient trop, à mon avis : les auteurs annonçaient des résultats tellement supérieurs à ceux que j'avais pu enregistrer en employant des procédés mieux appropriés au but poursuivi, que je ne me suis jamais cru autorisé à en faire mon profit. Sans doute des malades cessent de venir après trois ou quatre séances, soit qu'elles se trouvent suffisamment soulagées, soit, chose très commune, qu'elles craignent que le traitement n'ait pour effet de leur restituer une fécondité perdue. Mais dans aucun des cas où il m'a été donné de pratiquer le toucher chez ces malades, je n'ai pu constater de guérison d'une déviation bien nette obtenue « en moins de cinq séances ».

Les résultats obtenus durant les premières années d'application du traitement dont je vous ai entretenus jusqu'ici m'avaient laissé quelque espoir de voir les hyperplasies fibreuses céder, quoique plus lentement, aux moyens qui avaient raison des hyperplasies conjonctives simples. Il n'en a rien été. Dans la prochaine leçon, où nous aborderons l'étude des fibromes, nous aurons à faire un retour sur le rôle possible des médications électriques dans ces affections, bien que nous devions y insister plus particulièrement sur la médication d'ordre chimique presque exclusivement appliquée aujourd'hui dans ce dispensaire.

SEPTIÈME LEÇON

Fibromes. Pathologie

SOMMAIRE : Coïncidences et complications des lésions simples de l'utérus : locales, éloignées et générales.

Complications locales : Tumeurs.

Fibromes. — Anatomie pathologique. — Absence de seméiologie propre. — Hémorrhagies au point de vue du diagnostic. — Diagnostic physique : toucher, cathétérisme. — Obscurité de l'étiologie. — Marche et pronostic. — Traitement : moyens classiques.

Fibromes kystiques. — Diagnostic différentiel d'avec les kystes ovariques. — Leur traitement par la cautérisation tubulaire.

MESSIEURS,

Nous avons jusqu'ici envisagé les affections communes de l'utérus, lésions de nutrition et lésions de forme, à leur plus grand état de simplicité; je serais presque tenté de dire : à un état de simplicité théorique. Aussi vous ai-je présenté très sommaire un tableau des symptômes qui se trouvait peut-être encore trop chargé. Je me suis moins attaché à vous le donner très complet, trop complet, qu'à vous le donner exact; or, vous pouvez voir souvent ici le toucher confirmer des diagnostics de déplacements portés sur le seul interrogatoire de la malade. C'est dans les cas dont la seméiologie n'est pas trop touffue que ces diagnostics à première vue peuvent être établis; mais ces cas ne sont pas les plus nombreux, surtout dans la pratique des dispensaires, où nous voyons à chaque instant les symptômes qui pourraient être caractéristiques défigurés ou

masqués par des complications ou coïncidences dont l'histoire ne saurait être distraite de celle des affections dont il a été question dans les leçons précédentes, et dont l'étude forme une annexe nécessaire aux chapitres déjà traités.

Ces complications ou coïncidences sont de divers ordres; je les classerai sous trois chefs.

Au premier répondront les états *locaux*, indépendamment de leurs rapports de causalité, rapports très variables d'ailleurs, avec les engorgements ou les déplacements.

D'autres phénomènes morbides traduisent, en supposant admissibles des relations de causalité sur lesquelles j'aurai à m'étendre, une *influence éloignée* de l'affection primitive localisée dans l'utérus.

D'autres enfin, effets ou causes, souvent l'un et l'autre tour à tour, accusent l'intervention d'un *état général*, tantôt simplement dystrophique, tantôt nettement diathésique.

A la première catégorie, — celle des complications locales, — se rattachent les tumeurs, les troubles locaux de nutrition et de secrétion, les anomalies d'ordre hémorrhagique; à la seconde, — celle des complications éloignées, — les manifestations douloureuses, convulsives ou paralytiques, dont on a fait une espèce morbide sous le nom d'*hystérie*; à la troisième enfin, — celle des complications générales, — les diverses dystrophies et spécialement les dystrophies diathésiques, et certains états constitutionnels pouvant jouer un rôle dans les aventures morbides de l'appareil génital.

C'est des affections locales que nous nous occuperons d'abord, commençant par les *tumeurs*.

Je ne compte pas, Messieurs, entreprendre ici l'étude patho-

logique et thérapeutique de toutes les tumeurs dont l'utérus et ses annexes peuvent être le siège : la plupart réclament une histoire spéciale, sans lien marqué avec le sujet qui nous occupe : telles sont les tumeurs cancéreuses, les tumeurs malignes en général, dont je ne vous aurais entretenu que si j'eusse eu quelques conseils thérapeutiques nouveaux à vous donner à leur endroit; tels sont les kystes ovariques, dont l'histoire doit être étudiée dans les auteurs qui en ont fait un des plus beaux chapitres de la chirurgie contemporaine. C'est des tumeurs dont l'examen se confond habituellement avec celui des affections qui nous ont occupés jusqu'ici que je compte vous entretenir, notamment des *fibromes*, simples ou kystiques, et des *abcès* du parenchyme utérin.

A l'occasion de l'anatomie pathologique de l'engorgement, je vous ai signalé, d'après Rokitansky, les caractères qui m'avaient conduit, en 1859, à le présenter comme une *hyperplasie conjonctive*. En examinant aujourd'hui ce que les anatomo-pathologistes ont dit des fibromes, on se trouve amené à se poser une question qui peut, au premier abord, paraître singulière : les deux états n'en représenteraient-ils qu'un seul, à des degrés différents? La question a été reprise par Virchow sans que ses recherches aient permis de trancher par l'anatomie pathologique toutes les difficultés que peut présenter l'appréciation des faits cliniques. Le professeur de Berlin admet trois formes de fibromes : une première diffuse, éléphantiasique; une seconde, fournissant des tumeurs bien limitées, des nodosités; une troisième, verruqueuse ou papillaire. Il est difficile de ne pas rapprocher ces trois formes anatomiques des formes cliniques *interstitielle*, *sous-péritonéale* et *sous-muqueuse*.

Vous savez que répartis, tantôt inégalement, tantôt à peu près également dans la masse du parenchyme utérin, les fibromes sont dits *sous-péritonéaux* quand ils sont surtout développés ou exclusivement développés vers la surface extérieure de l'utérus; qu'on les appelle *sous-muqueux* quand ils font dans sa cavité une saillie sessile ou pédiculée; qu'on les nomme *interstitiels* quand ils forment, dans l'épaisseur du parenchyme utérin, des masses diffuses ou distinctes, mais plates, n'altérant pas très notablement la régularité de forme générale de l'organe. La clinique nous apprend enfin que ces distinctions, intéressantes au point de vue du diagnostic et du pronostic, ne sont pas absolues; qu'elles n'accusent d'ordinaire qu'une prédominance de forme; que, le plus souvent, les fibromes sous-péritonéaux ou sous-muqueux sont en même temps plus ou moins interstitiels. A ces derniers répondrait surtout la forme diffuse de Virchow; dans les fibromes sous-péritonéaux, la forme nodulaire serait prédominante; cette dernière forme se trouverait encore dans les fibromes sous-muqueux, où l'on rencontrerait aussi des formes se rattachant au type papillaire, notamment des fibromes myxomateux.

La qualité de fibromes a été, par quelques auteurs, refusée aux tumeurs qui nous occupent, sur cette raison que le tissu conjonctif ne s'y rencontre qu'exceptionnellement à l'état d'isolement; mais qu'on le trouve mélangé d'éléments musculaires, dans des proportions d'ailleurs extrêmement variables. Cette raison subtile ne nous paraît pas concluante. Le mélange des éléments musculaires s'explique par la localisation de la production anormale au sein d'un organe musculeux confus, sans plans aponévrotiques; et nous admettons, avec Verneuil, cette association des éléments comme vestige de l'organe où la

tumeur s'est développée, peut-être même comme indice d'une hypertrophie concomitante des autres éléments de cet organe.

Quoi qu'il en soit de ces considérations anatomo-pathologiques, la clinique semble tout d'abord permettre de séparer le fibrome de l'engorgement simple : il paraît aisé, aidant le toucher du cathétérisme, de les distinguer l'un de l'autre, l'engorgement se reconnaissant à une hypertrophie régulière, sans déformation, avec profondeur normale de la cavité utérine; le fibrome s'accusant par une hypertrophie irrégulière, par une surface mamelonnée ou à côtes, et, au moins presque constamment, par un agrandissement de la cavité de l'organe.

C'est sur ces constatations cliniques que je me base pour instituer le traitement des engorgements et celui des fibromes; c'est à elles que je m'adresse pour rechercher quels ont été les effets des traitements suivis; c'est d'après elles que je vous tracerai l'histoire des faits que nous aurons à examiner ensemble. Je ne pouvais toutefois négliger, voulant caractériser ces affections, de poser un point d'interrogation à l'endroit de leur nature semblable ou différente. Sans croire à leur identité, je devais constater que cette question de nature n'a pas été sans soulever des difficultés qui ne sont pas encore résolues.

L'hyperplasie fibreuse n'entraîne pas de symptômes subjectifs qui lui soient propres. Rien n'est moins constant que les signes qui peuvent mettre sur sa trace.

La douleur, une douleur de siège d'ailleurs très variable, peut être très vive ou faire complètement défaut; elle est liée généralement à des phénomènes de compression, changeant comme la configuration et le siège de l'hyperplasie morbide.

Le développement des fibromes dans la paroi antérieure entraîne les inconvénients de l'antéversion et de l'antéflexion : il détermine surtout des symptômes de gêne ou d'irritation vésicale. Quand ils occupent surtout la face postérieure, les fibromes, sous-péritonéaux ou interstitiels, agissent comme ferait une rétroflexion, et rendent la défécation douloureuse et difficile. Lorsque le segment inférieur de l'utérus est intéressé en masse, les deux effets peuvent se produire à la fois à des degrés assez marqués pour constituer une situation grave : il arrive que le détroit supérieur du bassin est obstrué par la tumeur. Lorsque, au contraire, l'altération occupe surtout le fond de l'utérus et s'épanouit assez régulièrement dans son corps, il peut n'exister aucune gêne, à peine un sentiment léger de pesanteur : nous avons vu ainsi des fibromes très volumineux ne pas incommoder les malades et n'être diagnostiqués qu'à l'occasion d'un examen provoqué par une hémorrhagie.

Car l'hémorrhagie est l'accident le plus commun de ce genre de tumeurs; c'est par elle que, dans la grande majorité des cas, le fibrome utérin est ou devient une affection d'une gravité relative. Bien que la vascularité des fibromes soit généralement faible, surtout dans les formes nodulaires, il n'en est pas toujours ainsi, et le tissu conjonctif qui enveloppe leur périphérie peut être riche en vaisseaux; de plus, leur masse est dans nombre de cas creusée de lacunes comparables à des sinus, lacunes dans lesquelles la tunique adventice des vaisseaux a disparu, et dont la béance accidentelle donne quelquefois lieu à des hémorrhagies rebelles.

Quelque communes que soient les hémorrhagies dans l'évolution des fibromes, il ne faudrait pas les attendre pour en es-

sayer le diagnostic dans un cas d'hystéropathie obscure. Au début de l'affection, l'hémorrhagie est la rare exception; plus souvent la quantité des règles est diminuée pour quelque temps. Quand une femme accuse des règles excessives ayant succédé à une période d'aménorrhée, vous pouvez presque à coup sûr affirmer un fibrome, dont l'examen local vous confirmera l'existence.

L'hémorrhagie irrégulière, accidentelle, n'est qu'un accident tardif que j'ai vu mettre très souvent sur le compte des congestions de la ménopause. Qu'il y ait une part de vérité dans cette appréciation, je n'y contredis pas; mais, à quelque âge qu'elle se présente, une hémorrhagie accidentelle un peu abondante doit faire songer au fibrome et conduire à en rechercher les signes anatomiques.

Un autre signe, non pathognomonique mais d'une assez grande valeur, est la présence de caillots dans le sang rendu aux époques menstruelles. Cela peut s'observer sans qu'il y ait de fibromes lorsqu'après une couche le retrait de l'utérus a été incomplet; mais lorsque des caillots coutinuent à être rendus plus d'un an ou deux après une couche, le fibrome doit être fortement soupçonné.

Vous voyez, en somme, que si l'on ne peut tirer de l'existence ou de l'absence des métrorrhagies aucune conclusion formelle, la façon dont elles se comportent doit cependant provoquer des conjectures qu'il restera à vérifier.

Il ne faudrait donc pas, de ce que trois conditions aussi dissemblables que la menstruation trop peu abondante, la ménorrhagie et l'hémorrhagie accidentelle peuvent se rencontrer dans les cas de fibromes, conclure que l'étude des écoulements sanguins y soit sans valeur. Sans doute elle ne peut, isolée,

conduire qu'à des présomptions, mais à des présomptions bien définies, et non à des suppositions vagues. C'est ainsi que l'hémorrhagie tardive, c'est-à-dire survenant accidentellement chez une femme d'un certain âge, ou des ménorrhagies durant depuis quelques années chez une femme d'un âge quelconque bien réglée antérieurement, feront songer à un large fibrome interstitiel; que les hémorrhagies ou ménorrhagies succédant à une phase d'amenorrhée feront soupçonner des fibromes sous-péritonéaux; que les hémorrhagies précoces conduiront à rechercher l'existence d'un fibrome sous-muqueux.

L'interrogatoire de la malade ayant conduit à des présomptions, c'est à l'examen physique qu'il appartient de les vérifier.

Le toucher vaginal fournit tout d'abord et très facilement dans nombre de cas des renseignements qui pourraient souvent suffire : il permet de constater, pour toute la moitié inférieure de l'utérus, les saillies irrégulières que forment les fibromes sous-péritonéaux et les inégalités de consistance de l'organe qui peuvent être l'indice de fibromes interstitiels. Cette notion de la consistance est fort importante, non seulement parce qu'elle permettra souvent de distinguer à première vue un engorgement fibreux d'un engorgement simple du col, mais encore et surtout, parce qu'elle aidera à éviter certaines erreurs de diagnostic faciles à commettre, erreurs que nous rencontrons tous les jours chez des malades qui nous arrivent après des examens antérieurs : il s'agit de la confusion des fibromes avec les flexions. Nombre de fibromes, en partie interstitiels, en partie sous-péritonéaux, des parois antérieure, postérieure, ou latérales de l'utérus, en imposent,

au moins à leur début, c'est-à-dire pendant quelques années, pour des antéflexions, des rétroflexions ou des latéro flexions. En suivant quelques-unes de mes clientes pendant plusieurs années, alors que je me contentais du toucher comme moyen de diagnostic, j'ai vu des tumeurs que j'avais d'abord considérées comme des flexions rebelles, s'accuser à la longue comme fibromes. C'est cette erreur, dans laquelle je suis tombé quelquefois, souvent peut-être, qui m'a donné la défiance de mes statistiques de déviations, et m'a détourné de les poursuivre. Si quelqu'un de vous devait reprendre ces recherches, il devra tenir compte de cette difficulté et ne pas négliger d'assurer son diagnostic en recourant au cathétérisme.

Le palper abdominal, qui renseigne mal ou ne renseigne pas du tout sur les tumeurs de la partie inférieure de l'utérus, permet, seul ou combiné avec le toucher vaginal, de reconnaître les gros fibromes, notamment les fibromes interstitiels qui ont amené un développement considérable mais régulier du corps utérin sans provoquer de gêne notable. Il est des cas où une hémorrhagie accidentelle ou de fortes ménorrhagies ayant conduit à soupçonner un fibrome, le toucher vaginal laisse voir un col et un segment inférieur de l'utérus normaux, alors que le palper abdominal accuse la présence d'une tumeur volumineuse dont rien, jusque-là, n'avait fait soupçonner l'existence. Il ne faut donc jamais négliger de pratiquer le palper abdominal, surtout lorsque, par inexpérience ou en raison de la possibilité d'une grossesse, on craindra de recourir au cathétérisme.

Car c'est le cathétérisme qui, dans les cas obscurs, est appelé à trancher la difficulté. Son exécution est d'une telle importance,

pour le diagnostic et pour le traitement, que je compte lui consacrer une leçon à part. Je supposerai donc aujourd'hui que vous en possédez bien le manuel, et ne l'examinerai que dans ses rapports avec le diagnostic des fibromes, surtout des fibromes interstitiels.

L'usage du cathétérisme pratiqué en vue de concourir au diagnostic des fibromes, est fondé sur une condition dont l'admission a sans doute été d'abord un *postulatum*, mais que l'épreuve clinique a plus tard confirmée : à savoir que l'augmentation de masse d'un utérus fibreux représente, au moins dans la très grande majorité des cas, une hypertrophie excentrique ; que, par conséquent, l'agrandissement porte aussi sur la cavité, qu'on doit trouver plus profonde. Je dis dans l'immense majorité des cas et non dans la totalité, parce qu'il n'est pas invraisemblable, notamment dans des cas de fibromes sous-péritonéaux, que la déformation puisse se produire sans agrandissement, et même avec réduction de la cavité utérine : je n'ai toutefois jamais rencontré de cas pareil.

La profondeur normale de la cavité totale de l'utérus, comprenant le corps, l'isthme et le col, varie peu : les moyennes trouvées par les auteurs qui se sont livrés à cette mensuration s'écartent peu des extrêmes. Pour ma part, je l'estimerais variable entre 5 1/2 et 6 centimètres. Je n'ai guère rencontré, chez des femmes nubiles, d'utérus de moins de 5 1/2 centimètres de profondeur ; au delà de 6 1/2, j'ai toujours trouvé d'autres signes physiques ou rationnels de fibromes. Il s'agit, bien entendu, de mensurations faites à une époque suffisamment éloignée d'une parturition antérieure, soit de un à deux ans après, ou, au cas contraire, de mensurations d'utérus préalablement réduits par quelques séances de faradisation.

Je ne m'attarderai pas, Messieurs, à essayer de vous présenter, au sujet des fibromes, des considérations étiologiques qu'on chercherait vainement à asseoir sur des données de quelque valeur. On rencontre ces tumeurs à tout âge. Si elles paraissent plus communes à l'âge adulte que chez les très jeunes femmes, cela peut s'expliquer par le temps qu'elles mettent à acquérir un développement qui appelle l'attention sur elles, et aussi parce que les occasions d'en constater l'existence sont rares chez les jeunes sujets.

Une question qu'on nous pose souvent est celle du rôle qu'y peut jouer l'hérédité. A cet endroit je ne manque jamais de me récuser ; il me paraît impossible de se faire une opinion sur un ou deux milliers d'observations : dans une affection aussi commune, toutes les coïncidences se rencontreront assez souvent pour paraître légitimer telle étiologie qu'on voudra avancer. C'est ainsi que je ne voudrais pas conclure à l'hérédité sur ce que j'ai observé quelquefois le fibrome utérin chez plusieurs sœurs : il faudrait, pour être probant, que le fait fût presque constant. Il en est de même de la coexistence chez la mère et la fille ou les filles.

Une autre vue, aussi difficile à établir, rattacherait l'existence des fibromes à celle de quelque état diathésique. Il est certain que la coïncidence avec l'arthritis, par exemple, ne peut qu'être extrêmement fréquente. Si cette fréquence pousse les uns à admettre la relation de cause à effet entre les deux conditions pathologiques, d'autres se fonderont sur ce qu'elle est inévitable *a priori* pour se tenir sur la réserve.

La marche et le pronostic des fibromes sont aussi variables

que leur séméiologie. Leur développement est tantôt extrêmement lent, tantôt rapide. On admet communément que, d'une manière générale, ce développement est plus rapide chez les femmes encore jeunes; qu'il subit un temps d'arrêt vers la ménopause; qu'à partir de cette époque, il suivrait souvent une marche régressive, et que sa résorption accompagnerait l'atrophie de l'utérus. Je n'oserais prétendre qu'il n'en soit jamais ainsi; toutefois j'aimerais à savoir d'où vient cette opinion, et crains qu'elle ne fasse partie des aphorismes empruntés aux sage-femmes par quelques accoucheurs. Pour ma part, j'ai rencontré des fibromes utérins dont l'accroissement m'a paru encore rapide chez des femmes de quarante ans et plus; de même que j'en ai pu suivre, chez des femmes de soixante et soixante-dix ans passés, qui n'accusaient aucune tendance à l'atrophie spontanée. Si celle-ci a été observée, elle constitue donc un heureux accident; mais il ne faudrait pas la donner comme la règle.

La marche des fibromes est donc essentiellement variable, tantôt lente et tantôt rapide, sans que l'influence de l'âge se traduise sur elle par des résultats de quelque fixité; à peine semble-t-elle favoriser des tendances non encore suffisamment observées.

L'inconstance de l'évolution des fibromes utérins entraîne nécessairement la variabilité du pronostic. Favorable d'une manière générale, il emprunte une gravité relative à des circonstances diverses qui ne seront pas nécessairement réalisées alors même qu'on abandonnerait l'affection à elle-même. Quand la situation devient inquiétante, c'est surtout en raison des hémorrhagies. Elle peut l'être encore, indépendamment des

hémorrhagies, du fait du volume et du siège de la tumeur, amenant des accidents de compression des viscères abdominaux et des nerfs qui émergent de la partie inférieure de la moellé : dyspepsies intestinales graves, accidents algiques directs et réflexes.

Enfin quelques femmes sont littéralement épuisées par la suppuration que fournit, dans certains cas, la surface interne d'un utérus dont la vitalité, disparue de la couche parenchymateuse, s'est refugiée tout entière, mais pervertie, dans la couche muqueuse. Les complications que je viens de vous signaler ne peuvent toutefois arriver à constituer une situation tout à fait grave que dans les cas non traités ou mal traités. Pour moi, la gravité est en raison de la difficulté de pénétrer dans la cavité utérine; tant que celle-ci reste accessible, je crois qu'il ne faut désespérer d'aucune malade. Mais vous avez pu voir ici des malades, deux notamment, chez lesquelles cette ressource nous était enlevée; vous avez été témoins, chez elles, de tentatives qui étaient un premier essai des moyens que je compte employer désormais dans ces circonstances, moyens sur lesquels je ne m'arrêterai pas ici, devant avoir tout à l'heure l'occasion de vous dire les services que j'attends de la cautérisation tubulaire dans ces cas et dans d'autres.

Il y a un instant, j'accusais de légèreté les praticiens qui promettent, pour une échéance quelconque, la guérison spontanée d'un fibrome contre lequel ils n'ont rien à tenter. Vous jugerez plus sévèrement ceux qui, pendant des années, promènent une ou deux fois par semaine le crayon de nitrate d'argent sur le col d'un utérus fibreux « pour l'empêcher de devenir cancéreux ». Est-ce bien un préjugé « populaire » que celui

qu'on exploite ainsi? Ne sont-ils pas le plus souvent des nôtres ceux qui font courir le bruit que le cancer dérive des affections utérines quelconques « qui n'ont pas été traitées à temps »? Si un utérus fibreux n'est pas, de ce fait, à l'abri du cancer, rien n'autorise à admettre qu'il y soit plus exposé qu'un utérus parfaitement sain d'apparence. De ce chef donc, le pronostic général ne comporte aucune aggravation.

J'arrive au traitement, ou plutôt à l'examen de quelques-uns des moyens de traitement essayés, me réservant d'examiner séparément, dans les prochaines leçons, celui que vous nous voyez employer ici, — les injections intra-utérines d'une pâte à l'iodure de potassium, — et un autre qui a fait quelque bruit dans ces derniers temps : celui par la galvanisation.

Jusqu'à ces dernières années, on ne traitait pas les tumeurs fibreuses de l'utérus, ou bien on se contentait d'essayer un traitement général par les fondants, — ciguë, mercure, iodure de potassium à l'intérieur, — qui pouvait paraître rationnel, mais auquel on finissait par renoncer au bout d'un certain temps en raison de son inanité : ces moyens, que nous avons vu encore appliquer assez souvent, ne répondent évidemment pas aux espérances qu'on avait pu fonder sur eux.

Je ne sache pas qu'on ait eu recours contre les fibromes à l'application des exutoires à demeure. Je les aurais essayés il y a vingt ans s'ils n'eussent déjà été démodés au point qu'il n'était plus possible de les faire accepter. Peut-on songer à y revenir aujourd'hui? — Peut-être des voies détournées nous conduiront-elles à les expérimenter dans des conditions dont j'aurai à vous entretenir prochainement et qui les rendraient acceptables.

Tous les hémostatiques ont été employés, moins contre l'affection elle-même que contre le symptôme auquel elle emprunte sa principale gravité. Parmi ces médicaments, il en est un qui offre un intérêt particulier en raison de sa double visée, hémostatique et atrophique : c'est le seigle ergoté. Donné à l'intérieur ou administré en injections hypodermiques, l'ergot est un hémostatique faible, mais un hémostatique, utile peut-être contre quelques métrorrhagies médiocrement abondantes. Contre cet accident, je lui préfère toutefois la faradisation utérine, bien plus efficace contre les fortes pertes, et qui, si son action est moins soutenue, peut être impunément répétée à intervalles aussi rapprochés qu'il serait utile.

Quant à la prétention d'amener la résorption des fibromes par l'injection interstitielle de préparations liquides d'ergot, elle est encore à justifier. Je ne voudrais pas la condamner sur les cas dont j'ai eu la relation superficielle sans avoir été mis à même d'interpréter ces insuccès. On attribue à ce procédé quelques résultats heureux; est-il sans inconvénients? — Je regrette de ne pouvoir vous parler d'après mon expérience personnelle d'un moyen curatif auquel la consécration du temps fait encore défaut.

Restent l'hystérotomie partielle et l'hystérectomie dont vous trouverez l'histoire soigneusement faite dans la thèse d'agrégation de Pozzi. Ce sont des opérations que je suis loin de répudier, mais dont je crois qu'on doit, malgré les remarquables progrès réalisés depuis quelques années dans cette partie de la chirurgie, tendre à réduire de plus en plus les indications. Je ne désespère pas d'arriver à ramener celles-ci aux seuls cas des tumeurs fibro-kystiques; peut-être même pourrons-nous arriver, par la cautérisation tubulaire, à attaquer utilement quelques-

unes de ces tumeurs, préparant au moins, par un traitement palliatif, des conditions favorables à l'exécution de l'opération définitive.

Je viens de vous dire, Messieurs, que, peut-être spontanément, certainement, sous l'influence de traitements dont il nous reste à rechercher la valeur, les fibromes pouvaient devenir stationnaires et même être résorbés. On les voit quelquefois disparaître autrement : c'est ainsi qu'on admet leur *transformation* graisseuse et même calcaire, quelquefois observées dans des autopsies.

Faut-il regarder encore comme des transformations l'infiltration séreuse qui leur donne l'aspect *colloïde*, l'état muqueux qui a fait décrire à Virchow des *fibromes myxomateux*, et enfin les *kystes?* Ne s'agit-il pas là plutôt d'affections complexes? — Peu nous importe au point de vue du traitement.

Je ne m'arrêterai donc pas à vous parler des fibromes myxomateux, que je crois justiciables du traitement que nous dirigeons contre les fibromes simples, diffus ou nodulaires. Je n'insisterai pas davantage sur les fibromes colloïdes, justiciables sans doute de ce traitement dans une mesure restreinte, justiciables aussi des moyens que nous pourrons avoir à opposer au développement des fibromes kystiques ou plutôt des *kystes* du parenchyme utérin, — car ici l'hyperplasie fibreuse n'a plus qu'une valeur négligeable : elle semble n'avoir plus guère pour rôle que de fournir des parois à de véritables kystes offrant toutes les variétés de volume et de nombre.

L'histoire des kystes de l'utérus est à faire pour la plus grande partie, et je n'ai pas la prétention d'y apporter d'utiles contri-

butions : il ne m'a été donné, en effet, d'en observer qu'un petit nombre de cas, et ces cas n'ont éveillé chez moi d'autre curiosité que celle des moyens curatifs à leur opposer. Une question fort intéressante s'est trouvée cependant posée à diverses reprises à leur endroit : celle de leur diagnostic différentiel d'avec les kystes ovariques. La confusion a été faite plusieurs fois, et le diagnostic rectifié seulement pendant l'opération de la gastrotomie. Le cas s'est présenté notamment chez une malade qui fréquentait autrefois ce dispensaire, malade chez laquelle j'avais cru à un kyste de l'ovaire et que j'avais adressée comme telle à Péan, dont l'examen avait laissé subsister mon diagnostic, avec quelques réserves cependant. Ce n'est que la tumeur mise à nu par la gastrotomie, que Péan reconnut l'utérus dont il enleva quatre kilogrammes. La malade se rétablit très rapidement ; quelques-uns d'entre vous ont dû la revoir ici, où elle venait de temps en temps, dans l'année qui a suivi l'opération, témoigner du rétablissement progressif de ses forces. Depuis plusieurs années déjà sa santé est redevenue et s'est maintenue parfaite.

Je vous disais tout à l'heure que Péan n'avait accepté mon diagnostic qu'avec réserves. Ces réserves portaient moins sur le fonds que sur une particularité qui pourrait comporter ultérieurement une interprétation utile au diagnostic : l'examen de la tumeur, fait à divers intervalles, n'avait pas montré son volume régulièrement progressif, mais y avait accusé des variations sensibles dont les maxima correspondaient peut-être aux époques où auraient dû se montrer les règles. Après l'opération, Péan admit que ces variations pourraient devenir un bon signe de tumeur utérine, et faciliter un diagnostic différentiel qui présente quelquefois des difficultés insur-

montables dans un examen unique, quelque attentif qu'il soit.

Mais revenons au traitement, le seul point sur lequel j'aie à vous présenter des considérations neuves assurément, utiles peut-être.

Le seul traitement curatif des kystes utérins sur lequel on puisse compter est l'hystérectomie par la voie abdominale.

Mais c'est là une aventure grave, qu'on ne peut tenter que sous la direction d'un petit nombre de chirurgiens, et dans des conditions qui la rendent inaccessible à la plupart des malades. N'est-il donc aucun palliatif qui permette d'essayer d'éviter l'hystérectomie, ou, au moins, d'en ajourner sans inconvénients l'exécution jusqu'à ce que les conditions nécessaires à son succès se trouvent réalisées ou réalisables?

Telle est la question que je m'étais posée, et à laquelle je crus entrevoir une solution acceptable lorsque je systématisai, sous le nom de *cautérisation tubulaire*, une méthode de ponction dans laquelle la galvanocaustique chimique est appelée à mettre nombre de collections morbides en communication avec l'extérieur par des fistules durables.

L'histoire de la *cautérisation tubulaire* vous a été exposée lorsque nous avons traité des applications chirurgicales de l'électricité; j'aurai à y revenir dans quelques leçons, à l'occasion des kystes de l'ovaire; enfin vous l'avez vue appliquée ici à diverses tumeurs : je puis donc ne pas m'arrêter aujourd'hui à ce qui concerne la *méthode*, et m'en tenir aux indications instrumentales qu'elle comporte dans les cas de kystes de l'utérus.

J'attaque ceux-ci par le vagin, au moyen d'aiguilles négatives

d'un millimètre et demi à deux millimètres de diamètre, le circuit étant largement fermé sur l'abdomen ou sur la face interne de la cuisse gauche. Mes aiguilles ont toutes vingt-deux centimètres de longueur; il pourrait être indiqué dans certains cas, alors qu'on prétendrait intéresser plusieurs poches dans une même ponction, de les faire plus longues. On décide tout d'abord quelle longueur de l'aiguille devra pénétrer: supposons six centimètres. On coupe alors, à la longueur de seize centimètres, un tube de verre qui servira de canule conductrice; puis, après en avoir émoussé les bouts à la lampe, on le conduit sur le doigt au fond du vagin, sur le point et dans la direction où doit être faite la ponction. Le conducteur une fois en place, on y engage l'aiguille, qu'on enfonce à la profondeur voulue, et on ferme le circuit, laissant fonctionner, pendant un temps qui variera de dix à vingt minutes, une demi-heure au besoin, un courant de 30 à 50 milliampères.

Vous avez vu ici cette petite opération exécutée dans un autre but, chez une femme portant un fibrome dur très volumineux. Je l'ai répétée un assez grand nombre de fois chez une malade dont je vous rapporterai plus tard l'observation, et qui avait à la fois un utérus kystique et un énorme kyste de l'ovaire. Chaque ponction donnait lieu à une fistule qui permettait à une ou plusieurs poches de se vider lentement et d'une manière continue par le vagin. L'écoulement durait un mois environ sans que ses produits fussent plus altérés à la fin qu'au début. Chez cette malade, se trouvant d'ailleurs dans les plus mauvaises conditions, dont l'état général était devenu tout à fait fâcheux, dont les digestions se faisaient à peine, les aliments étant presque tous rejetés, dont le sommeil était empêché par des douleurs abdominales et thoraciques incessantes, dont l'état nerveux

était désordonné jusqu'au délire, dont la respiration était courte et anxieuse, l'opération était suivie chaque fois d'un soulagement considérable et persistant au delà d'un septenaire, quelquefois de deux.

Je ne vous cite cette observation qu'au point de vue opératoire; les autres conditions étaient trop défavorables pour qu'il fût permis d'attendre de la cautérisation tubulaire des loges kystiques les résultats qu'elle permettrait d'espérer dans des cas moins fâcheux.

J'ai eu à regretter de n'avoir pas pratiqué la cautérisation tubulaire chez une jeune femme de trente-deux ans où elle était particulièrement indiquée.

Il s'agissait d'un utérus kystique ne dépassant pas le volume d'un utérus gravide de cinq à six mois. Le col et le segment inférieur de l'utérus, sensiblement accrus de volume sans être déformés, avaient une consistance à peu près normale; le cathétérisme accusait une cavité de neuf centimètres. Je ne me serais pas cru autorisé à diagnostiquer un état kystique de l'utérus si, à trois reprises, des évacuations abondantes de sérosité n'avaient eu lieu, une fois par le rectum, deux fois par le vagin, évacuations suivies d'une détente manifeste. J'attendais donc le moment d'agir, cherchant chaque jour le point où pourrait le plus avantageusement porter une ponction, lorsque l'entourage de la malade, ne prenant pas son parti de mon inaction, la mit entre les mains d'un confrère. J'appris qu'elle avait succombé trois jours après, et supposai que ce dénouement devait être attribué à la rupture d'une poche kystique dans la cavité abdominale.

Des faits qui précèdent, je ne saurais tirer aucune conclusion définitive. Ils établissent seulement l'innocuité d'une opération dont la valeur, au moins palliative, ne me paraît pas douteuse, opération qui permet d'attendre — sans compliquer l'exécution de l'hystérectomie, la facilitant plutôt, — que les conditions favorables au succès de celle-ci puissent être réunies. Il ne me paraît pas douteux enfin que, lorsque, pour des raisons d'un ordre quelconque, l'hystérectomie ne pourra être pratiquée, la ponction galvanocaustique des kystes utérins soulagera notablement la malade et pourra prolonger son existence.

Dans les prochaines leçons, nous reviendrons aux fibromes proprement dits. Je vous exposerai alors le traitement que nous leur appliquons ici toutes les fois que nous ne sommes pas empêchés de pénétrer dans l'utérus. Nous examinerons ensuite les promesses de procédés fondés sur l'emploi de l'électricité, procédés qui ont fait récemment quelque bruit, mais à l'endroit desquels je ne saurais actuellement que vous donner les pièces d'un procès à débattre, ou plutôt d'une instruction à faire, dans des conditions que nous aurons à discuter.

HUITIÈME LEÇON

Fibromes utérins. Traitement de l'auteur

SOMMAIRE : De la médication topique intra-utérine en général. Histoire et critique. — Injections pâteuses de paraffine et tannin. — Insuccès des pommades. — Topiques savonneux : à l'iodure de potassium, au chlorate de potasse, au carbonate de cuivre, à l'acide phénique, etc. — Topiques aux savons d'alcaloïdes.

Sonde à injections intra-utérines pâteuses. — Manuel opératoire. — Avantages des topiques d'absorption lente. — Observations. — Effets prochains et effets collatéraux du traitement. — Appréciation des observations.

MESSIEURS,

C'est du traitement que j'applique aux fibromes utérins toutes les fois qu'il est praticable que je vous entretiendrai aujourd'hui. Ce traitement, vous le savez, consiste en injections intra-utérines d'iodure de potassium dans un véhicule pâteux. Je ne saurais toutefois vous en faire l'histoire sans remonter plus haut, sans vous parler de la *médication topique intra-utérine* en général, sans rechercher dans les dangers dont on l'a accusée, souvent à juste titre, la raison des alternatives de faveur et de défaveur qu'elle a eues à traverser, et sans demander à l'étude des accidents qu'elle a trop souvent provoqués les moyens de se mettre à l'abri des risques qu'elle ferait courir si l'on persistait à l'appliquer dans des conditions défectueuses.

C'est contre les affections de la muqueuse de l'utérus qu'on a dirigé d'abord la méthode de traitement que nous employons surtout aujourd'hui dans certaines affections de son parenchyme.

Bien que l'indication d'agir directement sur cette muqueuse dans les maladies dont elle est le siège fût évidente, ce n'est qu'à une époque récente qu'on s'est décidé à la remplir. Depuis longtemps sans doute on avait dû y songer; mais les idées ayant cours sur l'extrême et capricieuse susceptibilité de l'utérus, sur la facilité avec laquelle ses affections éveillent les phénomènes sympathiques ou de voisinage les plus redoutables, n'étaient pas faites pour encourager dans des tentatives qui paraissaient trop hasardeuses. Une longue expérience était nécessaire pour arriver à démêler, dans les accidents causés par les manœuvres exercées sur l'utérus, quelle part devait être faite à l'irritabilité spéciale attribuée à l'organe, quelle part aux contre-indications d'ordre pathologique, et quelle part aux imprudences ou aux maladresses opératoires. Bien que peu de documents aient été publiés sur lesquels on puisse se fonder pour faire cette enquête, il est possible aujourd'hui de tirer de la pratique étendue de quelques-uns, du spectacle des témérités heureuses de quelques autres, des impressions qui permettent de remplir presque toutes les indications sans s'écarter des règles de la prudence la plus sévère.

Il s'en faut de beaucoup que l'utérus soit aussi fragile qu'on l'admet encore généralement; mais, en émettant cette assertion, je suis loin de prétendre justifier les brutalités commises ou à commettre à son endroit : c'est à elles surtout que j'attribue les accidents observés, accidents assez nombreux, il faut le reconnaître, pour avoir conduit à proscrire avec des apparences de raison les pratiques les plus rationnelles et les plus utiles. Tel fut le cas pour les médications topiques intra-utérines.

C'est en 1832 que Mêlier, dans une communication à l'Acadé-

mie de médecine, insista sur l'utilité que pouvaient avoir des topiques liquides portés, au moyen d'injections, sur la muqueuse utérine. Mais Mêlier, qui pratiquait peu, ne put vulgariser la méthode qu'il avait proposée.

En 1840, Vidal de Cassis publia sur ce sujet un travail plus complet, renfermant, indépendamment de faits cliniques relevés à l'hôpital de Lourcine, une série d'expériences sur le cadavre tendant à établir la non-perméabilité des trompes pour les injections peu abondantes et poussées sans trop de force. Vidal a donné la formule du liquide iodé dont il faisait usage. Tenant compte de la solubilité de l'iode dans l'iodure de potassium, il employait une solution aqueuse au lieu de la solution alcoolique qui a, à tort je crois, prévalu depuis. Il a insisté avec raison sur l'innocuité de ces injections convenablement faites ; mais il me paraît avoir fait moindre qu'elle n'est la part de la douleur en la considérant comme un fait exceptionnel. Vidal dit encore avoir employé pour ces injections une solution étendue de nitrate d'argent et la liqueur de Van Swieten ; mais il s'en tient à cette indication sommaire et ne rapporte pas les résultats qu'il aurait obtenus. C'est là une omission d'autant plus regrettable qu'elle laisse à expérimenter la solution mercurielle, dont l'usage pourrait bien n'être pas sans dangers.

Vers la même époque, Guillemin employa le sulfate de zinc; plus tard, Strohl, le nitrate d'argent très étendu, l'eau blanche, des solutions très faibles d'iodure de fer et de sulfate de zinc ; plus récemment, Aran, le perchlorure de fer étendu, la teinture d'iode, une solution légère de tannin ; et Scanzoni, les sulfates de fer, de cuivre et de zinc. Enfin, dans ces derniers temps, Gantillon a eu recours à des solutions très concentrées de nitrate d'argent et de perchlorure de fer.

Il semblerait qu'après toutes ces épreuves on dût être renseigné sur les mérites et les dangers de la méthode : il n'en est rien. Les tentatives ont été annoncées ; les résultats, ou omis, ou à peine indiqués. Ce silence m'a laissé craindre que les accidents n'aient été beaucoup plus communs qu'on ne l'a dit, et m'a rendu, quand j'ai repris la question, d'une timidité peut-être excessive : je n'ai pas osé répéter ce qu'on disait avoir été fait. A quelle cause rapporter les accidents dont quelques-uns ont été signalés? à un choix malheureux du topique ? à un manuel opératoire défectueux ? à l'ignorance des contre-indications fournies par l'état de la malade? Ces questions demeurent encore sans réponses, et les premières expérimentations n'en ayant pas donné la solution, on ne doit plus attendre celle-ci que d'épreuves systématiques ultérieures.

Une discussion engagée sur ce sujet à l'Académie de médecine, en 1868, n'a pas fait avancer la question. Des impressions généralement défavorables ont été formulées, mais non motivées. Gosselin signale les injections utérines comme « une mauvaise méthode qui expose à des dangers sérieux ». Il ajoute que « la méthode doit être abandonnée comme ne donnant aucun résultat, » assertion inacceptable *à priori* et que les faits ont d'ailleurs mille fois réfutée. Ricord convient les avoir vantées autrefois : « l'expérience a modifié son opinion sur ce point ; depuis longtemps il les a abandonnées. » Depaul partage l'opinion de Gosselin : « il a expérimenté les injections intra-utérines et a dû y renoncer. » Aucun des orateurs n'a donné d'ailleurs la raison de son opinion ou de son changement d'opinion.

En présence d'encouragements donnés un peu légèrement, ou de proscriptions non motivées, basées, il est vrai, sur des acci-

dents réels mais non analysés, on conçoit que l'embarras soit grand. Je constate tous les jours celui des praticiens qui fréquentent mon dispensaire ; il me rappelle celui que j'éprouvai autrefois, lorsque je me décidai à recourir aux injections utérines dans des cas où elles me semblaient parfaitement indiquées, embarras qui m'a conduit, plutôt que d'expérimenter des formules qui m'inquiétaient, à me faire toute une classe de topiques dont il sera surtout question dans cette leçon.

Je ne voudrais pas, cependant, abandonnant les injections liquides, paraître m'associer à la proscription en bloc dont elles ont été l'objet. Il n'est pas besoin de les avoir pratiquées longtemps pour avoir la preuve de leur très grande utilité dans les cas où elles ne sont pas employées comme une médication banale à toutes fins, mais où elles répondent à une indication bien définie. Des épreuves aujourd'hui nombreuses, celles notamment de Barnes et de Gallard, témoignent d'autre part de l'innocuité générale de la méthode, lorsqu'elle est maniée avec prudence et discernement.

La crainte de voir le liquide passer par les trompes dans le péritoine n'est pas fondée, au moins lorsque l'injection n'est pas très copieuse, et que son reflux par le canal cervical n'est pas empêché. Vidal a fait autrefois sur le cadavre des expériences, repétées récemment par Guichard avec les mêmes résultats, qui paraissent concluantes à cet égard. On a admis cependant que, dans certaines conditions pathologiques, — non définies d'ailleurs, — il en pouvait être autrement, et signalé des cas où la pénétration aurait eu lieu « même à la suite d'injections vaginales. (!) » Il me paraît impossible d'admettre cette

interprétation de faits qui commandent seulement la plus grande prudence dans le manuel.

Quelques-uns des accidents observés à la suite des injections utérines me paraissent imputables au manuel opératoire. Je considère comme pouvant offrir des dangers de ce chef toutes les opérations qui exigent l'application prolongée du spéculum. Lorsque le chirurgien aura les doigts trop courts pour se passer de cet instrument, il devra ne se servir que de celui de Récamier, le seul qui n'accroche ou ne froisse jamais les parties.

Répudiant l'emploi du spéculum, je préfère comme canules à injection les cathéters rigides aux sondes molles. Outre que les sondes rigides peuvent être engagées sans quitter le doigt qui leur sert de conducteur, elles donnent à la main qui les soutient une notion bien plus exacte de leur cheminement.

Relativement au choix du topique, il est nécessaire, indépendamment de l'indication thérapeutique, de tenir compte de la tolérance de la muqueuse utérine pour certaines substances, de son intolérance pour d'autres. Telle solution, aisément acceptée par les surfaces buccale et pharyngienne, cause, injectée dans l'urèthre, des douleurs violentes, et réciproquement. L'utérus a nécessairement de ces susceptibilités électives ; mais leur histoire est toute à faire. L'expérience des auteurs qui ont largement pratiqué les injections utérines liquides paraît établir seulement, au moins d'une manière générale, que la tolérance de l'utérus est plus grande qu'on ne l'avait soupçonnée.

Des contre-indications existent vraisemblablement du fait de la malade. Au premier rang de celles-ci, on admet le processus inflammatoire révélé par la fièvre. Cette contre-indication est-elle absolue ? Existe-t-elle pour tous les topiques ? En est-il

d'autres? Ce sont là des questions à résoudre, questions que ne soulève pas seulement la pratique des injections, mais toute manœuvre à exercer sur l'utérus. Je serais très disposé à admettre cet ordre de contre-indications, au moins pour quelques formes fébriles.

En regard des craintes inspirées par l'emploi des topiques utérins liquides, il est curieux de voir l'audace de certaines tentatives : le raclage de l'utérus avec la curette, et l'abandon de crayons de nitrate d'argent dans sa cavité. Le danger de ces manœuvres n'est plus aujourd'hui contesté par personne. Au point de vue spéculatif, elles ont un autre tort également grave : celui de n'être pas suffisamment rationnelles et de ne répondre à aucune indication précise. Cependant elles n'ont pas toujours été suivies d'accidents graves, et restent comme exemples de la tolérance utérine à opposer aux prétentions des auteurs qui la nient d'une façon trop absolue.

Je ne m'arrêterai pas aux crayons résineux présentés autrefois par Becquerel comme topiques intra-utérins : ils n'étaient ni topiques, étant parfaitement insolubles, ni intra-utérins, n'ayant jamais pénétré au delà de la cavité cervicale, où ils ne demeuraient même pas.

Quelques raisons qu'on eût de ne pas renoncer, sur un procès mal fait, à la pratique si rationnelle des injections liquides, on ne pouvait cependant tenir comme complètement négligeables les accidents qui avaient suivi leur emploi, et la douleur assez vive qu'elles provoquent généralement, alors même qu'elles sont inoffensives et qu'elles ont été bien faites. N'y avait-il pas lieu de chercher à atténuer au moins ce dernier inconvénient?

Partageant alors les scrupules de la masse des praticiens, je n'avais osé injecter d'abord que de l'eau iodurée iodée. Ces injections, absolument inoffensives quant à leurs suites éloignées, étaient cependant douloureuses, plus douloureuses que n'avait dit Vidal.

J'attribuai la douleur à ce que la substance active, abandonnée sur la muqueuse trop rapidement, agissait en trop grande quantité à la fois sur une surface très impressionnable ; et je me demandai si l'eau n'était pas un véhicule mal choisi, s'il n'y avait pas lieu de lui en substituer un autre qui se débarrassât moins vite de l'agent médicamenteux.

J'essayai d'abord le tannin mélangé à la paraffine : une partie de tannin pour neuf de paraffine pure. Je confectionnai ainsi des crayons grêles dont la mollesse était suffisante pour qu'on pût, avec une sonde à piston, les injecter dans la cavité de l'utérus.

J'ai signalé, dans un mémoire de 1871, les beaux résultats thérapeutiques obtenus de l'usage des injections pâteuses ; le seul point sur lequel je veuille insister ici est leur innocuité et la suppression ou la presque suppression de la douleur consécutive à leur administration.

Les bons effets obtenus, dans les catarrhes utérins, de l'injection de mes crayons de paraffine au tannin me conduisirent à essayer d'autres préparations du même ordre. Mais la difficulté de mélanger à la paraffine les sels métalliques et même les extraits végétaux me la fit abandonner, au moins comme type général de véhicule, et chercher ailleurs.

Les pommades devaient être d'une exécution plus facile. Abandonnant moins vite que l'eau les substances actives, elles occasionneraient moins de douleur ; les abandonnant plus vite

que la paraffine, ne donneraient-elles pas des résultats thérapeutiques encore meilleurs? L'expérience me donna manifestement tort sur le premier point; j'aurai à m'étendre plus loin sur les difficultés que soulève l'appréciation du second. Deux fois j'injectai une pommade iodée, une fois une pommade au tannin au dixième, une fois enfin, dans un cas où existaient des complications inflammatoires, une pommade à l'extrait de digitale au cinquième. Dans tous ces cas, l'injection fut suivie de douleurs très vives, qui durèrent de vingt-quatre à quarante-huit heures, s'accompagnant d'un peu de fièvre et de météorisme. Bien qu'aucun accident n'ait suivi ces applications, les injections aqueuses me parurent manifestement préférables. Les phénomènes observés à la suite des injections de pommades ne devaient-ils pas être attribués à l'axonge? Je penchais vers l'affirmative lorsque je publiai les résultats de mes premiers essais; depuis, j'ai eu l'occasion de faire une injection d'axonge pure : elle fut très douloureuse, et la douleur persista plus de vingt-quatre heures. Les pommades me parurent donc devoir être définitivement condamnées.

Je cite incidemment les glycérolés, auxquels j'avais songé sur la foi des succès obtenus par Marion Sims de l'injection de la glycérine J'essayai d'abord un glycérolé de tannin au dixième : les douleurs furent atroces et durèrent très vives pendant douze heures; je n'osai pas renouveler l'épreuve.

Ces diverses tentatives, les unes confirmant, les autres infirmant mes vues, établissent jusqu'à présent que, dans les injections utérines, la nature du véhicule n'est pas plus indifférente que celle du médicament, et qu'on ne saurait décider *à priori* lequel sera inoffensif, lequel doit être évité.

Mes tentatives d'incorporation à la paraffine de substances autres que le tannin étant restées infructueuses, l'expérience m'ayant conduit, d'autre part, à repousser l'usage des pommades et des cérats, je m'adressai au *savon*. Cette fois, le succès me parut ne rien laisser à désirer : contrairement à ce que j'avais d'abord supposé, l'utérus, qui accepte si mal les corps gras, tolère parfaitement le savon ; enfin, le savon est, directement ou au moyen de quelques artifices, miscible à presque tous les principes médicamenteux.

Je me suis appliqué, dès lors, à constituer une série de topiques renfermant les substances actives communément employées comme modificateurs locaux dans les affections des muqueuses. L'iodure de potassium, le chlorate de potasse, le sulfate de cuivre, qui, pendant la préparation, se change en carbonate, et l'acide phénique ont été employés jusqu'à ce jour.

Dans la note où je signalais mes premiers essais de topiques savonneux (*Gazette obstétricale*, 1878), j'indiquais m'être servi de savon de palme. J'avais été, sur ce point, induit en erreur : il s'agissait d'un savon blanc de toilette dans lequel l'huile de palme n'entrait que pour une faible part ; j'emploie aujourd'hui tantôt le savon blanc de Marseille, tantôt le savon amygdalin. Un mélange de savon en copeaux et de solutions plus ou moins concentrées des substances actives était, après une macération d'un ou plusieurs jours, porté sur un bain-marie à une température voisine de 40 degrés. Quand le mélange, fréquemment remué, était arrivé à une consistance convenable, je l'aspirais dans des tubes de verre d'un calibre à peine inférieur à celui de la sonde qui sert à faire les injections et d'une longueur de douze ou treize centimètres ; je l'y laissais refroidir ; après quoi je l'en chassais avec un mandrin, le recevant sur une feuille de verre

où il séchait durant quelques heures avant d'être mis en flacon.

Il arrive quelquefois, soit par l'effet d'une température trop élevée, soit en raison de la qualité du savon, que la masse devienne trop sèche et se prenne en neige; on y remédie par l'addition d'une très petite quantité d'alcool ou d'eau alcoolisée. D'autres fois, cette sécheresse se produit dans les crayons déjà moulés ; on l'évite en ajoutant à la masse quelques gouttes d'huile de ricin.

Aujourd'hui M. Jolly confectionne par des procédés différents toute la série de mes topiques. Il est arrivé à obtenir à froid des produits tout à fait uniformes; chaque crayon, de moins de un centimètre cube de volume, renfermant une dose bien déterminée du médicament.

Je ne m'arrêterai pas ici sur ceux de mes topiques utérins auxquels manque encore la consécration d'épreuves cliniques suffisantes, -- sels de zinc, de fer, chromates, sulfures, etc. ; — mais il est une classe de ces topiques sur l'utilité de laquelle je dois insister : celle aux *savons d'alcaloïdes.*

Dans le mémoire où je signalais les bons effets de mes topiques paraffinés au tannin, j'exprimais l'espoir d'obtenir de bonnes préparations du mélange de la paraffine avec les extraits végétaux. Cet ordre d'essais ne m'ayant pas réussi, j'ai songé, une fois constatée la valeur du savon comme véhicule, à reprendre mes tentatives en employant, non plus les extraits, mais les *savons d'alcaloïdes*, autrefois introduits dans la thérapeutique par mon père (*Journ. de Chimie et de Pharmacie*, 1845), alors qu'il se proposait pour but l'administration par la méthode endermique des alcaloïdes à l'état d'oléates ou d'oléomargarates.

Les alcaloïdes que je compte faire concourir à la préparation des topiques utérins sont : la *morphine*, qui pourra être utile dans la période avancée des affections cancéreuses ; la *conicine*, indiquée par l'usage au début de ces affections, et, vraisemblablement dans quelques cas de tumeurs bénignes ; la *digitaline*, que je considère comme le plus puissant des antiphlogistiques locaux, dans les cas d'états inflammatoires de l'utérus ou de ses annexes ; l'*aconitine*, dont l'emploi serait indiqué dans les mêmes circonstances ou dans des conditions très voisines. Dans ces derniers cas, toutefois, il y aurait lieu de rechercher s'il est nécessaire de recourir aux injections utérines ; depuis longtemps j'y emploie, avec de bons résultats, l'axonge ou la glycérine chargées d'extrait de digitale et portées au fond du vagin sur des tampons d'ouate.

Dans quelques dysménorrhées, l'*atropine* pourrait être passagèrement indiquée. C'est toutefois un médicament dont je ne serais partisan qu'après plus ample informé et sous réserves. Les préparations de belladone, comme celles d'opium, sont des stupéfiants locaux après l'usage desquels les réactions physiologiques sont assez amoindries pendant quelques jours pour qu'on ne puisse plus aussi facilement les éveiller par l'emploi de l'électricité. C'est là une mauvaise recommandation dans des affections où la faradisation rend à chaque instant les mêmes services, ou des services équivalents, plus sûrement, plus promptement, et avec des effets plus durables.

Il est enfin un alcaloïde dont l'administration par la voie utérine pourra souvent offrir de grands avantages : je veux parler de la *quinine*. Chez nombre de sujets, il semble qu'on se trouve parfois en présence de phénomènes algiques ou convulsifs à point de départ utérin, offrant ou non une marche périodique.

Je pense qu'il serait avantageux de confier alors l'absorption de la quinine à la muqueuse utérine. J'agirais de même lorsque, chez des malades offrant des accidents d'impaludisme, je me trouverais, du côté de l'appareil génital, en présence de phénomènes locaux que n'expliquerait pas l'état physique de cet appareil.

Pour effectuer l'injection de mes topiques mous, j'ai fait faire chez M. Collin une sonde droite, tube cylindrique bien calibré, de quatre millimètres de diamètre intérieur, dans lequel se meut un piston à garniture de cuir. L'extrémité libre de la sonde porte deux anneaux ; la tête du piston en porte un troisième. Il est ainsi facile de faire l'injection avec la main qui a introduit la sonde et la maintient en place. Quant à l'extrémité qui doit pénétrer, elle est conique et forme filière ; longue de deux à trois centimètres, elle se visse sur le corps cylindrique de la sonde. Pour faire l'injection, on introduit le topique par le pavillon en retirant le piston. On tasse ensuite la matière à injecter en poussant doucement le piston ; et l'instrument se trouve chargé, prêt pour l'usage.

Supposons maintenant le bec de la sonde dans l'utérus, ou dans le col en face de l'orifice cervical interne ; en poussant doucement le piston, l'injection pénétrera sans difficulté. Admettons, au contraire, que le bec butte contre un obstacle, qu'il soit engagé dans le col de manière à ne pas envoyer l'injection dans la cavité utérine. Dans ce cas, la matière de l'injection adhérera, non à la paroi cervicale, mais à l'instrument ; et, à défaut de la sensation qui avertit ordinairement que l'injection n'a pas pénétré, on sera averti de l'insuccès de l'opération par

la masse savonneuse qu'on ramènera adhérente à l'extrémité de la sonde.

L'injection faite, j'introduis, en face de l'orifice extérieur du col, un tampon sphérique d'ouate sèche, qui reste en place de quinze à vingt-quatre heures, mais que la malade peut retirer à volonté. Souvent aujourd'hui, dans les cas notamment où l'axe du corps et celui du col de l'utérus ne sont pas dans le prolongement l'un de l'autre, je m'abstiens de ce tamponnement, le réservant pour les cas où la communication me paraît assez facile entre la cavité utérine et le vagin, pour laisser craindre la sortie de la matière de l'injection.

Pour placer au fond du vagin un tampon sphérique d'ouate sèche, l'usage du spéculum est nécessaire; et celui qui s'y prête le mieux est le spéculum cylindrique très légèrement conoïde.

L'introduction du spéculum, de celui-ci particulièrement, commande les mêmes précautions que le toucher. C'est par la fourchette qu'on lui fera aborder la vulve, le dirigeant de bas en haut et à peine d'avant en arrière; mais aussitôt que son extrémité tombera dans une légère dépression, on relèvera le pavillon, et on dirigera l'instrument en face de soi. A peine insistera-t-on sur ce temps plus qu'on n'a fait sur le passage de la fourchette, abandonnant bientôt la direction simplement antéro-postérieure pour faire avancer l'extrémité du spéculum de haut en bas jusqu'à ce que le sphincter soit franchi. Alors seulement on ira chercher le col utérin là où le toucher a appris qu'on doit le rencontrer.

Quand cette manœuvre n'est pas bien exécutée, on fait mal à la femme. Aussi est-ce par cette raison que je m'explique la

préférence accordée généralement au spéculum à valves: la gracilité de son extrémité libre et sa forme générale plus nettement conique permettent de l'engager facilement dans une direction quelconque. Je n'ai pas besoin de vous dire que cette considération me touche peu, et que je ne fais jamais usage des spéculums à valves, qui, l'embout retiré, pincent ou froissent facilement les parties, sans offrir, en compensation, aucun avantage.



Fig. 12. Speculum de l'auteur. Le canal intérieur de l'embout n'est pas indiqué.

Le spéculum antique, que nous a restitué Récamier, a un inconvénient autre que celui de son engagement plus difficile : la déformation facile, inévitable, de ses bords, qui rend imparfaite l'adaptation de l'embout et devient ainsi la cause de contusions fort pénibles. Pour remédier à cet inconvénient, je viens d'y substituer à l'embout de bois un embout dont le renflement balanique est constitué par une balle creuse et un peu ovoïde de caoutchouc (fig. 12). Lors de l'introduction de cet embout dans le tube, introduction qui se fait en engageant le manche par la petite extrémité du tube, la balle

bouche bien exactement l'ouverture du spéculum. Lorsque celui-ci est mis en place, le retrait de l'embout se fait presque sans effort, grâce à la cavité centrale de la balle de caoutchouc qui facilite son allongement. On évite ainsi à la patiente et les froissements de l'introduction et la secousse qui se produit quelquefois au moment du retrait de l'embout de bois.

En raison de l'occlusion parfaite qu'il réalise, l'embout de caoutchouc avait un autre inconvénient non moins grand que celui auquel je cherchais à remédier : il faisait ventouse au moment où on le ramenerait, attirant au dehors vagin et utérus. J'y ai paré en le creusant d'un canal qui met sa cavité en double communication avec l'air extérieur, par un petit orifice percé à son sommet et par une rigole creusée dans le manche. Cette précaution complique à peine le nettoyage de l'instrument, qui se fait très bien avec une seringue chargée d'un liquide antiseptique.

Grâce à son élasticité, cet embout peut s'adapter fort bien à tous les spéculums d'un numéro donné; un seul me suffit pour tous mes numéros 2, et un pour les numéros 3.

L'emploi du caoutchouc dans la confection de la tête de l'embout commande toutefois une précaution : celle de ne pas la laisser trop longtemps enduite de matières grasses, qui, à la longue, altéreraient sa surface. On préfèrera donc, pour la lubréfier, les pommades à l'huile, le cérat aux pommades, la vaseline au cérat; et on n'ajournera pas trop son nettoyage, qui peut se faire avec une solution phéniquée, pourvu que celle-ci soit faible, au centième par exemple; pour ce nettoyage, je donne la préférence à une solution étendue de sulfure de sodium ou de potassium.

Il arrive quelquefois, quand on tamponne sans précaution, qu'on imprime un choc plus ou moins fort à l'utérus au moment où le tampon franchit l'ouverture du spéculum dans laquelle il était plus ou moins serré. Il est absolument nécessaire d'éviter ce choc, ce qui est d'ailleurs facile. Lorsqu'on sent que le tampon, pris dans les mors de la pince à pansement, est serré dans le spéculum, on cesse de le pousser en avant avec la pince, se contentant de le maintenir, et on fait le dégagement en agissant sur le spéculum qu'on tire à soi. Si le tampon n'était pas introduit assez profondément, c'est avec le doigt qu'on finirait de le mettre en place.

L'injection utérine est nécessairement précédée d'un cathétérisme, auquel je compte, ainsi que je vous l'ai dit précédemment, consacrer une leçon spéciale, son exécution ayant une importance capitale et n'étant vraisemblablement pas étrangère à la plupart des accidents mis sur le compte de la méthode.

Je suppose donc que l'opération ne présente aucune difficulté autre que celles qu'on rencontre, à des degrés divers, dans tous les cas. Alors, lorsqu'on juge suffisante la pénétration de la sonde et qu'on se croit en regard de l'orifice interne, on pousse l'injection. Si elle ne pénètre pas, on la ramène plaquée sur le bec de la sonde ; mais, le plus souvent, elle pénètre et fraye la voie aux injections suivantes. Depuis que j'ai essayé ce moyen de préparer le passage, j'ai en partie renoncé à la cautérisation galvano-chimique de l'orifice cervical interne. Plusieurs malades chez lesquelles j'avais d'abord décidé de faire cette petite opération ont pu l'éviter grâce à un commencement de dilatation par mes injections molles, permettant, au bout d'un

petit nombre de séances, de faire pénétrer les instruments dans la cavité utérine.

Je vous indiquerai sommairement, à leur endroit, les principaux cas dans lesquels j'ai eu à me louer de cette médication. Les fibromes interstitiels sont de ceux dans lesquels, en raison surtout de leur extrême fréquence, l'épreuve clinique permet d'arriver le plus facilement à se faire des opinions bien assises. Parmi un nombre d'observations aujourd'hui considérable, j'en ai pu suivre quelques-unes assez longtemps pour que l'efficacité de la médication que je viens recommander ici me paraisse dès à présent incontestable.

L'inutilité des moyens employés jusqu'ici contre les fibromes interstitiels est, je crois, chose acquise. Je n'ai pas à y revenir aujourd'hui, ayant examiné suffisamment, dans la dernière leçon, ce point d'un intérêt actuellement médiocre.

Les médications endermiques ayant établi que l'action d'un médicament était bien plus marquée, sans être pour cela de nature différente, au niveau de son point d'application, — la pratique aujourd'hui si répandue des injections hypodermiques ayant rendu ce fait de la dernière évidence, — j'avais autrefois songé à reprendre l'iodure de potassium et l'iode, en les faisant absorber localement. Pour cela, je faisais tous les deux jours des injections d'eau iodurée iodée. Ces injections étaient douloureuses ; trop peu de malades s'y soumirent avec assez de persévérance pour me permettre d'observer des résultats probants.

Lorsque l'idée me vint de recourir aux injections pâteuses, j'en attendis mieux tout d'abord, pour des raisons que je crois devoir rappeler ici.

Avec les solutions aqueuses ou alcooliques, les effets à attendre de l'absorption n'étaient-ils pas contrariés par l'action topique de surface? Et puis, l'absorption n'est-elle pas trop prompte? l'action médicamenteuse trop passagère, s'adressant à des phénomènes morbides d'ordre nutritif, à un processus essentiellement chronique? Je ne saurais ici donner tous les développements qu'elle comporte à cette dernière thèse, que je devais cependant indiquer, et qui emprunte un certain intérêt d'actualité à la faveur dont semble jouir aujourd'hui la tendance pharmaceutique toute contraire, en vertu de laquelle on s'attache à réaliser, pour tous les médicaments et en vue de tous les cas, les préparations les plus immédiatement solubles et absorbables. Je me demande si c'est là un progrès absolu; si, dans le plus grand nombre des cas, notamment dans les affections d'ordre dystrophique, cette médicamentation aiguë s'adapte convenablement à un développement des phénomènes pathologiques essentiellement chronique. Je ne crois pas que l'habitude d'administrer les médicaments à doses fractionnées, habitude que les travaux de Burggraeve et un remarquable mémoire de Luton contribueront à populariser, soit un correctif suffisant au défaut que j'attribue aux préparations trop rapidement absorbables. Enfin, j'admettais que si l'évolution régressive du fibrome pouvait être obtenue de l'action de l'iodure de potassium, la meilleure préparation serait celle qui mettrait vingt-quatre heures ou plus à déposer *loco dolenti*, dans une mesure sensiblement uniforme, 1 décigramme, par exemple, du médicament.

Voici maintenant des résumés de quelques-unes de mes observations. L'état de l'utérus a été dans toutes recherché par

le toucher d'abord; le cathétérisme intervenait ensuite, lorsque le toucher joint à la notion des symptômes ne faisait pas écarter la présomption de fibrome. A l'endroit du cathétérisme, il n'est pas inutile de rappeler que son emploi ne saurait dispenser des indications fournies par le toucher ; que la dilatation de l'utérus par les tumeurs interstitielles est presque constamment, mais non pas nécessairement toujours, excentrique ; qu'en même temps que l'infiltration interstitielle, il existe souvent des tumeurs sous-péritonéales ou sous-muqueuses ; que l'agrandissement de la cavité utérine à une époque éloignée d'une parturition est un bon signe de fibrome, surtout lorsque viennent s'y joindre les symptômes classiques et les signes fournis par le toucher, mais que son non-agrandissement ne saurait être un signe négatif lorsque, d'autre part, le toucher met l'existence de la lésion hors de doute. On me verra, ci-dessous, admettre implicitement que l'importance de la tumeur est en raison de l'agrandissement de la cavité utérine ; je ne voudrais pas qu'on pût en conclure que cette règle est pour moi sans exceptions ; seulement celles-ci m'ont paru très rares.

Obs. — XVII. — Le premier cas que j'ai traité par les injections savonneuses est celui d'une dame de quarante-sept ans environ, que j'ai pu observer depuis plus de seize ans, et dont j'ai vu naître la tumeur. Cette malade a toujours été sujette aux métrorrhagies, avant même qu'une tumeur de la face postérieure de l'utérus, prise d'abord, en novembre 1866, pour le corps en rétroflexion, ait pu être reconnue. Le diagnostic ne fut porté qu'en août 1870. En avril 1875, la tumeur avait le volume d'une tête de fœtus à terme; les accidents causés par la compression qu'elle exerçait et par les hémorrhagies avaient déterminé un ensemble symptomatique tout à fait inquiétant : rachialgies violentes avec irradiations dans le tronc et dans les membres, diarrhées cholériformes, anémie extrême. N'ayant pas touché la malade depuis quinze mois, il me fut impossible, dans un

premier examen, de trouver vestige du col et de son orifice externe, bien que j'eusse cherché celui-ci là où je devais le trouver le lendemain en tâtant le terrain avec le bec mousse d'un cathéter. Je passe rapidement sur le traitement par les injections de savon ioduré qui furent faites à peu près régulièrement pendant quelques semaines, puis négligées.

En novembre 1875, la tumeur était réduite du tiers au moins de son volume ; l'orifice cervical se trouvait aisément alors au centre d'un petit mamelon qui représentait un commencement de reformation du col. Depuis ce jour, le traitement a été très négligé, la malade toujours sujette aux hémorrhagies ayant cru que les injections les favorisaient. J'avoue avoir partagé cette crainte jusqu'au jour où, relisant attentivement le journal de l'observation, je me suis trouvé conduit à ne voir que des coïncidences dans les quelques hémorrhagies qui avaient suivi des injections.

Vers la fin de 1879, règles et hémorrhagies avaient cessé depuis six mois. L'état de la tumeur était resté ce que je l'avais trouvé au précédent examen, remontant à quatre ans. Au commencement de 1881, état général toujours satisfaisant ; quant à la tumeur, elle est toujours ce qu'elle était à la fin de 1875, sans augmentation ni diminution.

Obs. XVIII. — Cinquante-quatre ans. Ne voit plus depuis dix mois. Venue à mon dispensaire ne pouvant plus marcher, tourmentée depuis trois semaines de coliques et de vomissements. Utérus fibreux, sphérique, énorme ; le col est réduit à un tubercule hémisphérique d'un centimètre au plus de saillie ; en le franchissant obliquement, la sonde tombe immédiatement dans une cavité de 7 centimètres de profondeur. Les injections iodurées sont commencées le 7 juillet 1877, puis reprises, tous les quatre ou cinq jours, du 17 juillet au 13 octobre. Le 13 octobre, au toucher debout, on sent un col normal ; on ne sent plus le corps. Les injections sont réduites à une par semaine. Le 14 mars 1878, le toucher debout ne montre toujours rien d'anormal ; mais, la malade étant couchée, le toucher rectal permet de sentir, au niveau de la partie inférieure du corps, une tumeur du volume d'un marron coupé en deux, tumeur qui se perd en haut en s'étalant en largeur.

J'ai eu l'occasion de revoir cette malade en 1881. Le toucher vaginal accuse un utérus normal modérément volumineux ; le toucher rectal n'a pas été pratiqué. La santé générale est excellente.

Obs. XIX. — Quarante-cinq ans. Nullipare. Hémorrhagies. Fibrome du corps, surtout antérieur. L'utérus s'élève à trois centimètres au-dessus de l'ombilic. Cent six injections en deux ans. La tumeur, n'arrive plus qu'au niveau de l'ombilic ; le nombril, qui était effacé est maintenant bien déprimé. Deux ans plus tard, sans nouveau traitement, le fond de l'utérus ne s'élève plus qu'à deux centimètres environ au-dessous de l'ombilic.

Obs. XX. — Quarante-trois ans. Cinq couches et cinq fausses couches. Amenée par des hémorrhagies incessantes à un degré avancé de marasme; teint jaune-paille, cachectique. Cathétérisme : 12. Après cent neuf injections en vingt-deux mois : 10. Les hémorrhagies, qui ont progressivement diminué de quantité, ne sont plus représentées, depuis bientôt un an, que par des règles très abondantes et longues.

Obs. XXI — Trente ans. Deux couches. Hémorrhagies. Cathétérisme : 8, 3. Après un an de traitement assez régulièrement suivi, sans que le nombre des injections ait été noté : 5, 8. Les hémorrhagies ont cessé depuis longtemps. Un an de suspension du traitement; cathétérisme : 7. Reprise de trois mois environ d'un traitement régulier, puis cessation. Huit mois plus tard, cathététisme : 6, 2.

Obs. XXII. — Quarante-six ans. Deux couches. Cathétérisme : 9. Après quatre-vingt-deux injections en un an : 7, 2. — Interruption de huit mois ; cathétérisme : 8. — Reprise du traitement; quarante-deux injections en cinq mois; cathétérisme : 7. — Vingt-quatre injections en trois mois; cathétérisme ; 6, 6. — Interruption de six mois ; cathétérisme : 7, 3.

Obs. XXIII. — Trente-cinq ans. Une couche. Hémorrhagies. Cathétérisme : 9, 5. — Après cent deux injections en dix mois : 7, 6. — Après soixante-quatre injections en six mois : 7, 2. — Après vingt injections en trois mois : 6, 8. — Après cinquante-huit injections en onze mois : 6, 5.

Obs. XXIV. — Vingt-cinq ans. Deux couches. Cathétérisme : 9. — Après soixante-seize injections en onze mois ; cathétérisme : 7, 7. — Après soixante-cinq injections en neuf mois, cathétérisme : 8, 2. — Après quatre-vingt-six injections en douze mois ; cathétérisme : 7.

Obs. XXV. — Quarante-neuf ans. Trois couches. Cathétérisme : 9, 5. — Après cinquante-six injections en six mois : 8, 4. — Après soixante-cinq injections en sept mois : 8, 4 (immédiatement après les règles). Un mois plus tard, cathétérisme : 8. Cessation du traitement. L'état général, mauvais d'abord, rapidement amélioré, très bon au moment du dernier cathétérisme, est excellent depuis bientôt deux ans.

Obs. XXVI. — Quarante-deux ans. Deux couches. Cathétérisme : 9. — Après cinquante-quatre injections en neuf mois; cathétérisme : 7, 5. — Quinze injections en trois mois, puis suspension du traitement pendant dix-sept mois, puis cinq injections en quinze jours; cathétérisme : 7, 6.

Obs. XXVII. — Trente ans. Une couche. Cathétérisme : 8. — Après quatre-vingt-quatorze injections en treize mois : 6, 6.

Obs. XXVIII. Vingt-neuf ans. Deux couches. Cathétérisme : 8. — Après douze injections en deux mois, 7. — Après vingt-huit injections en vingt-deux mois : 7, 3. — Après vingt injections en six mois : 7, 4. — Après cinquante-quatre injections en seize mois : 7.

Obs. XXIX. — Trente-cinq ans. Nullipare. Cathétérisme : 8 — Après douze injections en trois mois : 7, 3.

Obs. XXX. — Trente-trois ans. Deux couches. Hémorrhagies. Cathétérisme : 9. — Après quinze injections en deux mois : 8, 3.

Obs. XXXI. — Trente-six ans. Une couche. Cathétérisme : 8, 2. — Après quatre-vingt-six injections en neuf mois : 7, 2. — Après trente-cinq injections en cinq mois : 7, 6. — Après trente-six injections en quatre mois : 7, 4. —Après trente-quatre injections en trois mois : 6, 6.

Obs. XXXII. — Quarante-sept ans. Six couches, une fausse couche. Hémorrhagies. Cathétérisme : 9, 2. — Après cinquante-quatre injections en neuf mois, 8, 2. — Après quatre-vingt-quatorze injections en quatorze mois : 7,5.

Obs. XXXIII. — Trente-quatre ans. Deux couches, dont la dernière date de neuf ans. Cathétérisme : 8. Quelques faradisations utérines dans le cours de onze mois; cathétérisme : 7, 6. — Après quatre-vingt-dix injections en vingt mois, puis cinq mois d'interruption : 7,2.

Obs. XXXIV. — Quarante-cinq ans. Deux couches et deux fausses couches, la dernière remontant à neuf ans. — Après deux faradisations, cathétérisme : 8, 5. — Après quatre-vingt-quatorze injections en dix mois : 7, 6.

Obs. XXXV. — Quarante ans. Deux couches anciennes. Cathétérisme : 8, 7. — Après soixante-onze injections en huit mois : 8, 4. — Cinq mois d'interruption, cathétérisme : 8. — Après cinquante-quatre injections en cinq mois : 7, 2.

Obs. XXXVI. — Vingt-six ans. Une couche. Cathétérisme : 7, 6. — Après trente-trois injections en quatre mois : 7. — Après vingt-neuf injections en trois mois et demi : 6.

Obs. XXXVII. — Quarante-quatre ans. Deux couches anciennes. Cathétérisme : 8, 5. — Après vingt-trois injections en six mois : 8, 2. — Après cinquante injections en huit mois et demi : 8. — Après vingt-quatre injections en trois mois et demi : 7, 4.

Obs. XXXVIII. — Vingt-sept ans. Nullipare. Abcès iliaque droit évacué par le rectum. — Vaste fibrome en éventail développé dans la fosse iliaque droite, remontant à quatre travers de doigt au-dessus du pubis. Pendant trois mois, faradisations utérines dont je ne retrouve pas le nombre noté. Ensuite, pendant dix mois, injections iodurées dont je n'ai pas non plus retrouvé la note. Depuis longtemps, l'état général est redevenu très satisfaisant, et la malade a pu reprendre un travail pénible sans en être éprouvée. Cathétérisme : 7, 3. — Après dix-sept injections en sept mois : 6, 5. — Après cinq injections en trois mois : 6, 3.

Obs. XXXIX. — Vingt-six ans. Une couche et une fausse couche datant d'un mois et demi. Hémorrhagies. Cathétérisme : 7, 5. — quinze séances de faradisation utérine en deux mois ; cathétérisme : 7, 2. — Après soixante-treize injections en neuf mois, cathétérisme :

6, 8. — Après vingt-sept injections en trois mois, cathétérisme : 6, 4. Chez cette malade, l'orifice interne du col est largement ouvert, et les injections ne sont guère gardées que pendant le temps de repos qui les suit.

Obs. XL. — Vingt-huit ans. Deux couches, dont la dernière remonte à deux ans et demi ; cathétérisme : 9. — Traitement ajourné par une absence. La malade se fait pendant trois ans des applications quotidiennes de tampons chargés d'une pommade iodurée au dixième. Cathétérisme : 8. — Après trente-cinq injections en trois mois et demi, cathétérisme : 6, 8.

Les observations dont je viens de vous donner le résumé ne répondent qu'à une fraction infime des cas sur lesquels j'ai commencé à prendre des notes ; mais il y aura toujours un écart considérable entre le nombre des traitements commencés et celui des observations comportant des conclusions, favorables ou défavorables. La raison principale est qu'alors que le traitement total doit avoir nécessairement une longue durée, les symptômes subjectifs sont améliorés très rapidement : après deux ou trois injections, les patientes accusent déjà presque constamment une amélioration marquée ; et cette amélioration devient souvent telle, qu'au bout d'un temps qui varie de trois mois à six semaines, quelquefois moins, on pourrait leur faire accepter un *exeat* qu'elles se donnent elles-mêmes le plus souvent.

Ces observations trop incomplètes pour qu'il y ait intérêt à les rapporter, permettent cependant de noter certaines particularités dont la répétition n'est pas sans aider à l'appréciation générale des effets thérapeutiques obtenus. Aussi, malgré le petit nombre des cas dont je vous ai donné la relation sommaire, est-ce sur un nombre de cas aujourd'hui considérable

que sont fondées la plupart des conclusions qu'il me reste à vous présenter.

La *douleur* causée par les injections utérines de savon ioduré varie suivant trois types bien différents.

Dans certains cas, elle est nulle ou à peu près nulle, ordinairement pour un temps, quelquefois d'une façon qui peut paraître définitive; ces cas, les derniers surtout, sont la rare exception, et répondent vraisemblablement à des conditions d'inertie utérine que je ne sais comment caractériser. Dans un de ces cas d'inertie complète, le seul absolument net que je me rappelle, j'avais déjà trouvé l'utérus rebelle à la faradisation, qui n'y déterminait pas de contractions. Cette inertie se rencontre souvent, au contraire, comme condition temporaire. Les premières injections sont alors indolores ; puis, avec le temps, on rentre dans les formes qu'il me reste à vous signaler.

Celle d'abord où la douleur, nulle ou insignifiante au moment de l'injection, se fait sentir quelques heures après ou dans le courant de la nuit suivante. Son intensité est alors généralement moindre, mais sa durée d'autant plus longue qu'elle s'est montrée plus tardivement : de une à quatre ou cinq heures. Graduelle ou brusque, sa cessation est complète et laisse à la malade toute sa liberté d'allures.

Le plus souvent enfin, sinon dès le début du traitement, du moins après que quelques injections ont déjà été faites, la douleur est immédiate. Elle représente alors une colique utérine, ordinairement modérée, qui dure de dix minutes à une demi-heure.

J'ai vu quatre fois l'injection suivie immédiatement d'une

douleur très vive, durant plusieurs heures, avec lipothymies et vomissements au début. C'était deux fois chez des malades qui en étaient à leur première injection et n'ont pas continué le traitement; une fois chez une malade à sa première injection et qui a continué sans que cet accident se renouvelât; une fois chez une malade qui n'avait été que modérément éprouvée par des injections antérieures et qui a continué à les bien supporter depuis. Ce petit accident, qui n'a pas d'ailleurs d'autre gravité que son incommodité immédiate, me serait arrivé, d'après des calculs approximatifs, une fois sur un nombre d'injections intermédiaire à quatre et cinq mille.

Ici, vous voyez nos malades médiocrement affectées de cette douleur consécutive à l'injection. Beaucoup se mettent en route aussitôt après pour retourner chez elles, souvent fort loin. D'autres partent après cinq minutes à un quart d'heure de repos. Les choses se passent de même chez moi.

L'examen des résumés d'observations données précédemment montre que, d'une manière générale, le retrait de l'utérus est en raison du nombre des injections et de la régularité avec laquelle elles sont faites. Les constatations du toucher concordent assez exactement avec celles du cathétérisme lorsqu'il s'agit de fibromes interstitiels.

L'action du traitement sur les fibromes sous-péritonéaux est encore le plus souvent très appréciable par le toucher. Il est vraisemblable que c'est par leur base interstitielle qu'ils sont minés. Quoi qu'il en soit, on sent au bout de peu de mois leur saillie diminuer, quelquefois dans une mesure très notable.

Sans avoir jamais admis, avec quelques auteurs, que le re-

trait de l'utérus après l'accouchement était parfait au bout de quinze jours, ni avec la presque totalité des auteurs obstétricaux qu'il l'était au bout de six semaines, j'étais loin cependant de soupçonner la lenteur qu'il présente dans des cas que je crois aujourd'hui assez nombreux.

C'est accidentellement que le cas suivant m'a fourni un exemple net d'un fait qu'il serait intéressant d'observer désormais pour lui-même.

Obs. XLI. — Une dame de trente-deux ans environ, de belle et forte constitution apparente, mais un peu rhumatisante, a eu une première couche il y a cinq ans, une seconde il y a quatre mois; c'est à l'occasion d'une hémorrhagie faible mais persistante qu'elle vient me consulter. La direction de l'utérus est normale; le toucher le montre un peu lourd, gros et dur à droite; le cathétérisme accuse une cavité de 8, 5 centimètres.

A la suite de cette constatation, je suis huit mois sans revoir la malade. Au bout de ce temps, elle est ramenée par des ménorrhagies avec suintement sanguinolent dans l'intervalle des époques. Le fibrome sous-péritonéal latéral droit est manifeste; le cathétérisme n'accuse plus que 7, 7 centimètres de cavité.

Le retrait était donc très incomplet au bout de quatre mois. Le fibrome y était-il pour quelque chose? C'est un des points d'interrogation de l'étude à entreprendre dont je vous signalais tout à l'heure l'intérêt.

En présence de tout phénomène thérapeutique, on a à se poser cette question: Que fût-il advenu si l'on n'avait rien fait? Ici, le nombre et la concordance des résultats, la rapidité avec laquelle sont amendés la plupart des symptômes, ne permettent pas de douter qu'on soit intervenu utilement.

On a prétendu toutefois que les fibromes étaient capables de résolution spontanée, notamment vers l'époque de la méno-

pause. Que faut-il penser de cette assertion? Est-ce une opinion motivée sur des observations? Ne serait-ce pas plutôt une défaite, comme celle de la guérison des déviations utérines par la grossesse, ayant pour but de faire accepter l'inaction? — Je n'ai rien vu encore qui m'autorise à me rallier à cette opinion; mais j'espère que quelques-unes au moins des observations incomplètes dont je n'ai pu tirer parti au point de vue thérapeutique, me fourniront, avec le temps, les éléments d'une solution de ce point de pathologie basée sur des faits suivis assez longtemps.

J'ai vu des tumeurs fibreuses qui, chez des femmes ayant largement passé la quarantaine, n'avaient aucune tendance à diminuer, qui, même, diminuant sous l'influence du traitement, reprenaient leur marche progressive pendant les suspensions un peu prolongées de celui-ci. — Une femme de soixante-douze ans m'en a offert une qui, disait-elle, avait constamment progressé; et c'est épuisée par les complications simplement catarrhales de sa tumeur que cette malade, séquestrée sans traitement, succombait deux ans après.

Il m'a paru cependant que, chez les femmes jeunes, les fibromes sont, d'une manière générale, capables d'un accroissement plus rapide; mais il y a loin de cette impression d'ensemble aux données qui permettraient de soumettre cet accroissement à une loi et de le limiter avec quelque chance d'exactitude. Lorsque le traitement s'adresse à une tumeur en voie de croissance, sa suspension est souvent suivie de rechutes à des degrés divers; par contre, il est des cas où la résolution contemporaine du traitement se poursuit, pendant quelque temps au moins, après sa cessation. Les cas de la première catégorie se sont présentés surtout chez des femmes jeunes, et ceux de

la seconde, chez des femmes plus âgées, mais non d'une façon exclusive.

Progressive ou regressive, la marche des fibromes est, en somme, très irrégulière. A tout âge on les voit progresser, tantôt peu, tantôt beaucoup, ou rester stationnaires, — peut-être même rétrograder? Il est clair que, suivant les circonstances dans lesquelles on interviendra, conditions générales du processus morbide, âge du sujet ou âge de la tumeur, les résultats devront offrir, sinon une modalité autre, du moins une marche inégale.

Dans quelques cas, une marche singulière ou une absence de progrès de la cure peut être imputable à des causes étrangères reconnaissables.

J'avais, dans mon second mémoire sur la médication intra-utérine (*Bullet. de thérap.*, 1880), donné sous le nº XV l'observation d'une femme de trente-six ans chez laquelle, malgré le traitement, un fibrome utérin avait d'abord subi une augmentation rapide, avant de présenter une diminution également rapide, que je n'ai pu poursuivre, la malade ayant dû bientôt interrompre ses visites par suite des progrès d'une tuberculose généralisée à marche aiguë. Il s'agissait vraisemblablement là d'une complication tuberculeuse de la tumeur utérine.

Enfin, c'est ces jours derniers, en réunissant, pour vous les présenter, quelques-unes de mes observations, que j'ai été frappé d'une circonstance qui me paraît difficilement pouvoir être regardée comme une simple coïncidence, mais me semble réaliser une condition fort curieuse d'impuissance du traitement. Je veux parler de l'état général — non encore cachectique — qui correspond aux accidents dits d'impaludisme ou

telluriques, que ceux-ci se soient accusés franchement sous leur type fébrile ou comme phénomènes douloureux périodiques justiciables de la quinine ou de l'arsenic.

Voici ces exemples d'insuccès que je n'ai pas cru pouvoir attribuer à d'autres causes que celle que je viens de vous indiquer :

Obs. XLII. — Trente-cinq ans. Deux couches, dont la dernière remonte à onze ans. Cathétérisme : 7. — Après dix-neuf injections en quatre mois, neuf mois d'interruption, puis quatre-vingt-quatorze injections en treize mois, le cathétérisme donne le même résultat. Traitement quinique, puis arsenical. Vingt-deux injections en trois mois ; cathétérisme : 6, 5.

Il s'agissait ici d'une fièvre intermittente très tenace chez une ancienne paludéenne peu influencée par la quinine et tolérant mal l'arsenic. L'hydrothérapie conseillée n'avait pas été employée avec suite.

Obs. XLIII. — Quarante-trois ans. Une couche, deux fausses couches. Faradisation utérine contre une antéversion. Cathétérisme : 7. — Après quatre-vingt-une injections en onze mois: 6, 4. — Après soixante-huit injections en treize mois : 6, 8. Dans le cours de la dernière année, fièvres intermittentes tenaces et périostite traumatique des deux tibias.

Obs. XLIV. — Vingt-sept ans. Nullipare. Fibrome sous-péritonéal postérieur. Hémorrhagies. Cathétérisme : 6, 7. — Après cinquante injections en quatre mois : 7, 4. — Après trente-cinq injections en sept mois : 7.

Algies faciales périodiques. Migraines goutteuses. Chiragre. Amélioration par traitement arsenical et sulfo-silicaté.

Obs. XLV. — Quarante-deux ans. Une couche ancienne. Hémorrhagies graves. Cathétérisme : 9. — Après quatre-vingt-dix-sept injections en dix-neuf mois : 8, 6. — Après trente-huit injections en quatre mois, idem — Après quatre mois d'interruption, idem. — Après trente-quatre injections en cinq mois : 9, 5.

Fièvre intermittente et rechutes.

Obs. XLVI. — Quarante ans. Une fausse couche et deux couches anciennes. Cathétérisme : 9, 5. — Après vingt-sept injections en deux mois et demi, puis interruption de cinq mois, cathétérisme : 7. — Après douze injections en un mois et cinq mois d'interruption : 7, 4. — Quatre injections et trois mois d'interruption : 7, 2.
Habite un pays palustre. — Fièvre intermittente.

Obs. XLVII. — Vingt-six ans. Deux couches, la plus récente remontant à trois ans. Hémorrhagies. Cathétérisme incomplet : 8; la sonde tombait sur des tissus mous appartenant sans doute à des masses polypeuses. — Après cinquante-cinq injections en onze mois, cathétérisme : 7, 4. Il faut noter que le canal cervical est très déformé et que beaucoup d'injections ne pénètrent pas.
Calibration du canal par la galvano-caustique négative; dix séances de dix minutes en deux mois et demi. Cathétérisme : 6, 5. La galvano-caustique paraît avoir exercé ici une influence favorable.
Reprises des injections : soixante-cinq en onze mois, pendant les quatre derniers desquels fièvre intermittente; cathétérisme : 6, 8.

Il me semble, d'après ces faits, que si la fièvre intermittente ne doit pas être considérée comme une cause de fibrome, elle en favorise peut-être la marche progressive ; en tout cas elle paraît en empêcher l'atrophie régressive.

Il serait intéressant d'étudier à ce point de vue l'influence possible des fièvres continues et des phlegmasies.

Je vous ai dit, dans une précédente leçon, qu'en dehors de quelques cas où les fibromes utérins acquièrent un développement considérable, suffisant pour créer mécaniquement un danger en raison de la compression exercée sur les organes pelviens ou même abdominaux, ils constituaient une affection dangereuse seulement, — et relativement, — de par les hémorrhagies qu'ils peuvent déterminer.

Lorsque les métrorrhagies sont le phénomène dominant,

intermittentes ou continues, on les voit devenir plus rares et diminuer de quantité, non pas brusquement, mais progressivement et d'une façon assez régulière. Elles disparaissent au bout d'un temps qui varie entre trois et six mois.

J'avais fait faire autrefois, en vue des cas où l'hémorrhagie a une importance propre notable, des topiques où la digitale était associée à l'iodure de potassium. Les premiers essais de ce topique lui avaient d'abord paru favorables; mais je ne l'emploie plus aujourd'hui que dans les cas de pertes abondantes, la décroissance progressive du symptôme suivant la marche que je viens de vous indiquer ne m'ayant presque jamais fait défaut avec les injections simplement iodurées.

L'influence anti-hémorrhagique du traitement se manifeste non seulement sur les métrorrhagies accidentelles, mais sur les règles elles-mêmes. Constamment, sous l'influence des injections iodurées pratiquées régulièrement, la dose générale de la menstruation diminue, et le retour des époques subit des retards. J'ai vu des aménorrhées complètes de deux à neuf mois se montrer dans ces conditions. Ces aménorrhées médicamenteuses ne m'ont pas paru avoir sur l'état général des malades les mêmes effets fâcheux que les aménorrhées spontanées, ce qui doit tenir à ce qu'elles n'interviendraient ici que comme conditions symptomatiques locales, tandis que les aménorrhées spontanées seraient des effets de conditions plus générales.

Les algies réflexes lombo-abdominales, si elles n'ont pas disparu vers le début du traitement des fibromes par les injections intra-utérines iodurées, cèdent alors très facilement à la

révulsion faradique, alors que celle-ci n'avait produit antérieurement que des soulagements temporaires.

L'influence de ce traitement sur quelques cystites concomitantes s'est montrée quelquefois manifestement favorable, quelquefois nulle.

Chez une asthmatique chez laquelle aucun traitement autre que celui du fibrome n'était appliqué, les symptômes d'asthme se sont trouvés améliorés très sensiblement et d'une manière persistante. On sait que l'iodure de potassium compte des succès dans quelques cas de cette affection ; mais on l'emploie alors à des doses bien supérieures à celle donnée à notre malade : un décigramme tous les deux jours. C'est là un fait intéressant à joindre au dossier des médications par absorption très lente, et qui ouvre des horizons sur le parti qu'il pourrait y avoir à tirer de la cavité utérine comme voie d'absorption.

On peut enfin se demander, étant données les propriétés atrophiantes de l'iode, si le traitement par injections intra-utérines iodurées n'exerce pas une influence sur la fécondité ? et quelle serait cette influence ?

Il est clair qu'aucune grossesse n'est possible pendant un traitement régulier. Il n'est pas douteux, d'autre part, que les conditions mécaniques de la fécondation et de la gestation ne soient rendues meilleures par la guérison d'une lésion qui les compromet toujours plus ou moins. Mais l'influence atrophique de l'iodure ne s'étendra-t-elle pas à l'ovaire, et ne compromettra-t-elle pas la fécondité ultérieure ? Je ne le crois pas ; mais il ne sera pas inutile, pour décider ce point, de réunir quelques observations qui établissent entre quelles limites se produisent

les phénomènes connus ou à déterminer. Cette clinique nous a sans doute fourni des exemples multiples de grossesses débutant pendant les lacunes du traitement. Je n'en ai qu'un seul cas présent à la mémoire : c'est celui d'une jeune couturière de 20 ou 21 ans qui, ayant cessé de venir se faire faire ici ses injections, reparut dix-huit mois plus tard, ayant eu dans l'intervalle une grossesse dont le début datait du troisième mois après l'époque où ses visites ici avaient cessé.

Si nous nous reportons à l'observation LX, nous y voyons qu'une jeune femme à qui j'avais conseillé l'usage quotidien de tampons enduits d'une pommade iodurée au dixième, avait vu la profondeur de son utérus réduite d'un centimètre en trois ans. Le résultat peut paraître mince pour un traitement aussi long; puis il est rendu moins net par l'existence d'antécédents obstétricaux. Ce fait m'a pourtant conduit à essayer, à titre de moyen adjuvant, de faire absorber l'iodure de potassium porté au fond du vagin sur des tampons d'ouate ; et je crois m'en être bien trouvé. Le tamponnement ioduré est certainemnet utile contre les symptômes subjectifs; je crois qu'il contribue aussi à amener la résolution des fibromes qui intéressent surtout la masse du col : contre cette localisation de l'induration, ce tamponnement médicamenteux m'a paru manifestement efficace. Je vous le conseille donc comme moyen à employer concurremment avec les injectiens intra-utérines, soit tous les jours, soit seulement les jours où vous ne ferez pas d'injections; vous pourrez enfin, si vous vous trouvez séparé pour quelque temps de vos malades, leur recommander cette application, qu'elles feront elles-mêmes sans trop de difficultés.

Pour que la malade puisse introduire elle-même le tampon, il

faut que son extrémité soit fusiforme et un peu ferme. On réalise ces conditions en coiffant la demi-sphère supérieure du tampon sphérique dont nous faisons habituellement usage, d'un cône de pommade iodurée un peu plus consistante que l'axonge. Voici la formule à laquelle je me suis arrêté : iodure de potassium 25, axonge 200, graisse de veau 40, hyposulfite de soude et baume du Pérou, de chaque 2. Ainsi garni, le tampon est d'une introduction facile sans spéculum : on le poussera doucement, avec le doigt, jusqu'au fond du vagin.

Le traitement qui a fait l'objet de cette leçon est, Messieurs, celui que je crois devoir vous recommander actuellement contre les fibromes de l'utérus. N'y aurait-il pas mieux ? Il faut au moins le chercher. C'est d'un ordre de méthodes sur lesquelles il semble y avoir lieu de fonder quelque espoir que nous nous occuperons dans la prochaine leçon.

NEUVIÈME LEÇON

Fibromes utérins. Traitement électrique

SOMMAIRE : Il ne s'agit pas ici des procédés dans lesquels l'électricité intervient pour faciliter l'exécution de manœuvres chirurgicales. — C'est en agissant mécaniquement ou chimiquement sur les conditions d'évolution des tumeurs qu'on peut en tenter la résolution. — État électrique variable, modificateur mécanique; état électrique permanent, modificateur chimique. — Procédés mixtes.

Faradisation à intermittences rapides : amélioration apparente au début; résultat final nul. — Faradisation à secousses rares ; appréciation réservée.

Galvanisation continue. — Observations favorables de Ciniselli et d'Omboni. — Desideratum théorique de leur procédé. — Galvanisation continue unipolaire; essais de l'auteur. — Opérations d'Aimé Martin par galvanisation polaire; critique de son procédé. — Précautions à prendre pour localiser dans l'utérus les galvanisations polaires positives non pénétrantes. — Impossibiiité de juger actuellement les procédés mixtes.

MESSIEURS,

Je me suis étendu un peu longuement dans la dernière leçon sur une méthode de traitement des fibromes utérins pour laquelle vous me pardonnerez quelque sollicitude, méthode sur laquelle la fréquentation de cette clinique vous permet déjà de vous faire une opinion sommaire ; celle-ci pourrait bien être même trop favorable, le traitement par les injections pâteuses iodurées amenant un amendement des symptômes subjectifs assez rapide, alors que ce n'est qu'après des périodes de six ou huit mois d'une médication assidûment poursuivie que l'hysté-

romètre et le toucher permettent de constater quelques progrès réalisés dans la situation anatomique.

Quelque satisfait que j'aie été des premiers résultats obtenus, je ne crois cependant pas qu'on doive renoncer à obtenir davantage. Ces résultats montrent la possibilité de résoudre les fibromes ; du moment que la résolution est possible, on doit maintenant la demander plus prompte et tenter de la faire porter davantage sur les parties des tumeurs qui sont, a priori, moins accessibles à notre médication : sur les hyperplasies fibreuses presque exclusivement sous-péritonéales et sur celles qui forment des nodules dans les lèvres du col. Bien que les fibromes sous-péritonéaux soient eux-mêmes modifiés heureusement par les injections iodurées, bien que le tamponnement du col avec une pommade iodurée puisse venir en aide à la médication intra-utérine pour les fibromes du col, ces fibromes sont moins accessibles à nos moyens de traitement que les fibromes interstitiels.

Enfin, il est des cas, ceux où la cavité utérine est inaccessible par les voies naturelles, où il faut chercher autre chose. Je vous ai signalé comme possible la création de voies artificielles pour pénétrer dans l'utérus; mais je ne l'ai encore tentée qu'une fois et ne l'essaierai avec suite que quand me sera démontrée l'inanité de moyens plus simples. Aussi ai-je accueilli avec empressement l'annonce faite par divers auteurs de la possibilité de fondre les fibromes par des applications électriques. C'est de cette question que je vous entretiendrai aujourd'hui.

La *Guérison des tumeurs par l'électricité* a déjà fourni au moins leur titre à nombre d'articles et de brochures ; mais ce

titre n'est le plus souvent qu'une façade derrière laquelle on ne trouve rien, ou du moins rien qui réponde véritablement à l'objet annoncé. Éliminant de la nomenclature des faits de « guérison » ceux dans lesquels l'électricité n'intervient que pour assurer ou faciliter l'exécution d'un procédé chirurgical, on reste en présence d'un très petit nombre de conditions pathologiques dans lesquelles des résultats variables ont été obtenus de l'emploi de procédés divers.

La guérison par *ablation*, *destruction sur place*, *évacuation d'un contenu* est du ressort de la chirurgie et n'a pas à nous occuper ici.

Divers procédés d'électrisation, variables ou continus, m'ont paru, dans quelques cas que je ne saurais aujourd'hui réunir sous un titre commun, favoriser la terminaison par *suppuration*. On ne peut encore considérer ce mode de terminaison comme une guérison dans le sens qu'on a voulu donner à entendre. Quand on présente sans commentaires un moyen thérapeutique comme capable d'amener la « guérison » d'une tumeur, c'est de la guérison par *résolution* qu'il s'agit : c'est d'elle seulement que nous aurons à nous occuper aujourd'hui.

Or, Messieurs, nous ne pouvons agir sur la nutrition progressive ou régressive des tumeurs quelconques qu'en modifiant mécaniquement ou chimiquement les conditions du milieu de leur évolution ; les actions indirectes que nous pouvons exercer sur elles par l'intermédiaire du système nerveux ne sont pas d'un autre ordre : toutes aboutissent à des réactions mécaniques ne comportant, à notre connaissance, que des résultats chimiques.

Irons-nous au delà ? Devons-nous espérer des réactions spécifiques capables d'agir sur les erreurs fondamentales de nu-

trition qui président à la naissance et au développement des tumeurs malignes? — Il est du devoir du médecin de n'y jamais renoncer; mais on ne saurait lui imposer la confiance dans le résultat de ses tentatives. En faisant intervenir l'électricité, je crois que nous n'avons rien à en attendre contre les tumeurs malignes autrement que comme agent chirurgical; mais nous pouvons en espérer beaucoup comme modificateur local dans le traitement des tumeurs dont la nutrition est plus étroitement ou presque exclusivement liée aux vicissitudes physico-chimiques communes des conditions de milieu. Dans quelques tumeurs regardées comme exsudats d'origine inflammatoire, dans les tumeurs où domine le tissu conjonctif ou fibreux sans y former des masses absolument distinctes, enkystées en quelque sorte, dans les lymphadénomes peut-être, on a pu observer quelquefois une résolution partielle, spontanée ou provoqué par des actions chimiques; c'est dans ces cas qu'on doit surtout tenter l'application des actions électriques, et dans ces cas seulement qu'on est actuellement en droit d'espérer le succès.

Le fibrome utérin nous paraît remplir les conditions requises dans une mesure suffisante pour légitimer des tentatives qu'il faudra maintenant définir et systématiser, au moins en tant que procédés opératoires.

Avec l'électricité, nous pouvons changer *mécaniquement* et *chimiquement*, soit à peu près isolément, soit simultanément, les conditions de milieu des tumeurs que nous prétendons résoudre.

Les *excitations variables* nous permettront d'agir mécaniquement sur les phénomènes de la circulation et sur les phé-

nomènes de contraction musculaire. Les *actions permanentes* nous donneront des effets chimiques bien définis, en tant que modificatrices directes de la réaction générale, acide ou alcaline, du milieu. Elles pourront encore agir indirectement sur la nutrition en modifiant, au moins temporairement, quelques-unes des conditions de l'innervation de la région.

Enfin, nous aurons à tenir compte des procédés mixtes dans lesquels on cherche à réunir ces deux ordres de modifications, et à examiner dans quelle mesure on peut y arriver.

Examinons d'abord les effets des excitations variables.

Je viens de vous dire qu'elles pouvaient agir d'une façon si-non exclusive, du moins prédominante, sur les phénomènes circulatoires et sur les phénomènes musculaires. Le premier résultat n'est autre que le drainage circulatoire sur lequel je me suis arrêté à l'occasion du traitement de l'engorgement utérin. Il s'obtient en soumettant l'utérus à la faradisation à intermittences rapides, — de 30 à 50 par seconde. Dans cette opération, qui semble à première vue devoir favoriser les résorptions, — et qui en favorise en effet quelques-unes, — en produisant une série d'hyperémies passagères, l'appareil musculaire de l'utérus est mis dans un état de contraction vermiculaire que nous ne saurions assimiler ni à la contraction proprement dite des muscles striés, ni à la tétanisation qu'y produirait ce genre d'application. Quel rôle joueraient ici les contractions utérines ? — Au point de vue des résorptions, on ne le voit pas tout d'abord.

Quoi qu'il en soit des vues théoriques, le procédé a été autrefois largement appliqué.

Lorsque, il y a plus de vingt ans, je l'appliquai à la résolution

des engorgements simples, je l'appliquai en même temps, tantôt de propos délibéré, tantôt sans le savoir, à des engorgements fibreux. Souvent, enfin, après l'avoir employé comme hémostatique dans des cas de fibromes, j'en continuais l'usage pendant un temps plus ou moins long. Chez quelques malades, chez quelques-unes de celles notamment dont les fibromes avaient été pris d'abord pour des engorgements simples, l'épreuve fut continuée durant plusieurs années. L'expérience de la faradisation à intermittences rapides me paraît donc faite et bien faite. Voici ce qu'elle m'a donné :

Les premières séances, quotidiennes ou au nombre de trois par semaine, amènent une amélioration marquée des symptômes subjectifs; c'est là un effet commun de la faradisation utérine, qui, dans l'espèce, ne prouve rien.

Au bout d'un certain nombre de séances, variant de six à dix ou quinze, le toucher montre les culs-de-sac dégagés. L'engorgement péri-utérin est dissipé. Alors, quelquefois, on peut reconnaître à la consistance inégale, côtelée ou mamelonnée des parties l'existence de fibromes qui avaient été d'abord méconnus, confondus qu'ils étaient dans une hypertrophie générale.

Lorsqu'ensuite j'ai poursuivi la faradisation, je n'ai plus rien obtenu. Pareille chose m'est arrivée lorsqu'en présence de fibromes volumineux du corps, je recourais d'emblée à la faradisation comme moyen résolutif. Dans tous ces cas, on obtient immédiatement une amélioration de l'état de la malade qui progresse pendant une quinzaine de jours, quelquefois même une diminution appréciable du volume de la tumeur; mais les choses restent ensuite en l'état, et, quelque persévérance qu'on y mette, on ne réalise plus aucun progrès.

Aussi avais-je déjà renoncé depuis plusieurs années à ces tentatives, lorsque je commençai à essayer la médication intra-utérine que j'emploie aujourd'hui.

L'électricité ne me paraissait pas pour cela mise hors de cause; mais les actions permanentes, agissant chimiquement, devraient vraisemblablement prendre le pas sur les actions variables, n'agissant guère que mécaniquement.

Nous aurons tout à l'heure à examiner ce rôle de l'électrisation permanente, de la *galvanisation continue* notamment; mais je vous demanderai la permission, avant d'en finir avec la faradisation voltaïque, de vous citer un essai qui, s'il n'est pas concluant, peut servir au moins de jalon quand il y aura lieu de reprendre ces épreuves ou d'y renoncer définitivement.

Dans des tentatives récentes, assez mal définies physiquement, mais qui auraient donné de beaux résultats, l'électricité aurait été employée, sous forme de galvanisation discontinue, donnant de seconde en seconde environ le choc d'un courant voltaïque de trop de tension et de trop peu de quantité pour être admis comme autre chose qu'un essai d'imitation avec la pile des secousses d'induction à intermittences rares.

Or, j'avais sous la main un appareil d'induction construit en vue d'autres applications, mais qui se prêtait fort bien au genre des tentatives thérapeutiques que je voulais reproduire. C'est cette grosse bobine d'extra-courant avec condensateur, faite d'un fil de 35 mètres de long seulement et d'un diamètre de 2,4 millimètres, d'une résistance de 0,115 ohm, fonctionnant sous l'action d'un couple-bouteille de Grenet de 2 litres, et dont les secousses sont réglées par l'interrupteur à balancier

de Gaiffe, pouvant, indépendamment des interruptions rapides, donner des interruptions rares jusqu'à une par seconde et même un peu moins.

Le circuit étant largement fermé sur l'abdomen, l'action sur l'utérus s'exerçait au moyen d'un excitateur engagé dans le col. Faisant fonctionner l'interrupteur avec des intermittences d'une seconde, nous avions une série d'actions identiques pouvant être notées : repos d'une seconde, puis choc rapide. Les effets en sont une contraction assez énergique des muscles de l'abdomen; du côté de l'utérus, rien d'apparent. Quant aux effets thérapeutiques, je ne voudrais pas les juger définitivement sur l'épreuve dont je vais vous donner la relation; cette épreuve établit toutefois qu'ils n'ont rien de bien frappant.

Obs. XLVIII. — Trente-cinq ans. Nullipare. Fibrome globuleux, remontant à l'ombilic. Col mou, atrophié, comme une languette mobile sur l'isthme.

Pendant une première période du traitement, douze séances de faradisation par la bobine courte, à très gros fil, dont il est parlé plus haut, à raison d'un choc par seconde; séances de trois minutes. La palpation de la tumeur devient plus facile; les contours en sont plus nets ; mais son volume n'a pas diminué.

Une seconde période du traitement est représentée par des injections iodurées faites trois fois par semaine pendant trois mois. Le fond de la tumeur a baissé de 2 centimètres environ. Cependant l'état général n'est pas meilleur, et l'abdomen est toujours douloureux en masse.

J'essyae alors la galvanisation *discontinue* négative (en raison de l'impossibilité d'engager dans le col une sonde garnie). Séances de six minutes avec contacts d'une seconde séparés par des interruptions de même durée. 14 séances de six minutes en deux mois. Pas de résultats quant à la réduction de la tumeur. Quant aux effets subjectifs, ils seraient avantageux immédiatement, mais pour peu de temps.

Immédiatement après la séance, la malade se sent « mieux, plus légère », mais elle se plaint d'être fatiguée dans la soirée et surtout

le lendemain. Ce traitement lui procurerait moins de soulagement *total* que les précédents.

Retour aux injections qui bientôt ne peuvent être continuées en raison de l'ascension du col derrière le pubis.

La cautérisation tubulaire est décidée en principe, pour pénétrer dans l'utérus par un point de sa paroi postéro-inférieure; mais, pendant un ajournement qui se prolonge jusqu'à trois mois, le col redevient accessible, et les injections sont reprises par la voie normale.

12 séances de faradisation rare à basse tension négative et 14 de galvanisation discontinue ne nous ont donc rien donné d'appréciable. Étaient-elles trop courtes ? C'est possible ; je ne le crois pas cependant : elles provoquent du côté de l'abdomen un travail musculaire qui ne saurait être prolongé sans produire une certaine fatigue que je crains *à priori* préjudiciable aux réactions ultérieures. Je ne vous donne donc pas cette épreuve comme décisive ; elle a seulement ébranlé ma confiance dans les résultats rapides qui avaient été annoncés.

Enfin, cette observation, même en lui supposant une portée que, seule, elle ne saurait avoir, ne trancherait pas la question de l'action variable. Je vous ai dit qu'elle présentait une série de repos d'une seconde suivis de chocs rapides ; il y aurait lieu d'expérimenter comparativement ce que je serais tenté d'appeler le rhythme inverse : la série de courants d'une seconde séparés par des interruptions rapides. Ici, ce ne serait plus de l'action variable qu'il s'agirait, mais d'une action mixte. Nous y reviendrons tout à l'heure, après avoir examiné les faits qu'on peut mettre à l'actif de l'action continue.

Les premiers faits de traitement des fibromes de l'utérus par la galvanisation *continue* m'ont été signalés par un chirurgien

italien, le Dr Omboni, de Rovato, qui, il y a cinq ans, vint quelquefois dans cette clinique. Ces faits appartiendraient à Ciniselli et auraient été publiés en 1875 dans le journal *le Galvani;* ils comprendraient trois exemples de guérisons de fibromes utérins. Je n'ai pu m'en procurer la relation.

Omboni me remit en même temps une brochure de lui, — *Contribuzione alta cura dei tumori colla elettrolisi*, 1877, — que je regrette de n'avoir lue qu'après son départ. Quelques passages comportaient des explications que j'eusse voulu lui demander.

Dans cette brochure se trouve une observation de fibrome utérin que voici :

Obs. XLIX. — (*Omboni*). B. L. de Casteldidone, trente-sept ans, entrée à l'hôpital de Crémone profondément anémiée par des métrorrhagies répétées. Ces métrorrhagies provenaient de deux corps fibreux du parenchyme du col utérin; l'un, du volume d'une noisette, l'autre, du volume d'une châtaigne. On les traita à l'hôpital, en deux séances, le 26 juin et le 7 août 1876. La malade fut promptement guérie.

Courant de médiocre intensité; aiguilles enfoncées toutes les deux et successivement dans chacune des tumeurs; séances d'une demi-heure chaque fois.

La malade sortit avant la réduction complète des tumeurs; elle était parfaitement guérie au bout d'un mois.

Dans un volume posthume de Ciniselli, — *L'elettrolisi e le sue applicazioni terapeutiche*, Crémone, 1880, — se trouvent, entre autres observations de fibromes, notamment de polypes naso-pharyngiens traités avec succès par la galvanocaustique chimique, trois observations qui rentrent dans le cadre de l'étude que nous faisons ici.

Deux concernent des polypes utérins traités avec succès par

la galvanopuncture. L'une de ces observations est particulièrement intéressante en ce que l'opération fut faite au cours d'une grossesse. A dater de l'opération, le développement de l'utérus ne fit plus de progrès ; un mois plus tard, l'opérée accouchait d'un fœtus de cinq mois, mort et « putréfié ». L'opération a-t-elle été pour quelque chose dans l'issue irrégulière de la grossesse ? Il s'agissait d'une femme de 49 ans.

Dans la troisième observation, il s'agit de fibromes non pédiculés :

Obs. L. — (*Ciniselli*). Quarante-trois ans. Devenue anémique à la suite de métrorrhagies répétées. L'examen fait constater la présence d'une tumeur dure, lisse, sessile, enfoncée dans le parenchyme du col utérin, et, au-dessus, d'une autre tumeur semblable, plus volumineuse, de couleur blanc-jaunâtre, occupant la partie la plus élevée de la cavité du col.

Ces tumeurs furent traitées par la galvano-caustique chimique en y enfonçant deux aiguilles et faisant agir sur elles le courant d'une petite pile de Grenet de huit couples. Il se forma des eschares bien marquées qui se détachèrent au bout de dix jours. Deux mois après l'opération, il ne restait plus de la tumeur inférieure qu'un petit noyau du volume d'un grain de seigle ; de l'autre tumeur, il ne restait aucune trace. En poussant l'exploration plus haut, on trouvait une troisième tumeur, sessile encore, du volume d'une châtaigne.

J'opérai encore avec la galvanocaustique chimique sur cette tumeur et sur le résidu de la première. Deux mois après cette seconde opération, je ne trouvai plus trace de la troisième tumeur. Il restait encore un noyau de la première. Une troisième opération fut faite sur ce débris et fut suivie d'une réaction locale sensible. Trois mois après, on ne trouvait plus aucune tumeur ; la menstruation était régularisée ; l'état général redevenu satisfaisant.

Dans ces opérations de Ciniselli et de son élève Omboni, vous voyez les deux aiguilles implantées à la fois dans la tumeur ; Ciniselli agissait de même dans les anévrysmes. Maintes fois

j'ai insisté auprès de lui sur ce que cette pratique avait d'irrationnel lorsqu'on ne cherchait pas uniquement à opérer une destruction de substance ; jamais je n'ai pu l'y faire renoncer ou obtenir de lui une raison de sa manière d'agir. Le succès, dira-t-on, justifie le procédé ; c'est à la théorie de se plier aux faits ; on la remaniera, s'il le faut, dans leur sens. Bien qu'admettant parfaitement cette façon de raisonner, je ne voudrais pas voir sacrifier une théorie satisfaisante à des faits qui, en somme, ne prouvent rien contre elle. Je passe condamnation pour les anévrysmes, bien que l'adoption de mon procédé, par l'action d'une seule aiguille, ou plutôt d'une seule polarité, ait donné des résultats qui n'ont rien à envier à ceux obtenus de celui auquel tenait Ciniselli : la théorie de la guérison des anévrysmes par la galvanopuncture n'est pas irréprochable, ou est au moins incomplète. Mais, pour ce qui est du traitement des tumeurs, je crois qu'on ne devra agir simultanément avec les deux pôles que quand on aura expérimenté séparément chacun d'eux. Il est dans toute expérimentation, — même thérapeutique, — un ordre à suivre qui doit ne pas égarer dans les interprétations et ne pas conduire à surcharger inutilement le manuel opératoire. Le procédé de Ciniselli ne me satisfait donc pas, et, malgré les résultats que je viens de vous signaler, je ne me sens pas disposé à l'adopter tant que je ne me sentirai pas suffisamment renseigné sur la valeur de la galvanisation unipolaire.

C'est donc d'applications unipolaires qu'il sera question dans les observations, très insuffisantes, je l'avoue, que j'ai entreprises pour y chercher la base de vues préliminaires à vérifier.

Bien qu'ayant surtout en vue la cure des fibromes utérins, je me promis de ne pas négliger les occasions qui pourraien

s'offrir d'attaquer les tumeurs de même nature ou de nature voisine que je rencontrerais. A cet endroit, j'ai des notes sur trois malades, dont deux fréquentent ou ont fréquenté ce dispensaire ; il s'agit d'une petite tumeur éléphantiasique d'une grande lèvre, d'un adéno-sarcome énorme d'un sein, et d'un fibro-sarcome kystique de l'avant-bras, ou plutôt d'une tumeur que j'avais d'abord jugée telle.

Obs. LI. — Mme D..., vingt-sept ans, traitée ici par les injections intra-utérines pour un fibrome utérin, s'est plaint, il y a quelque temps, d'une douleur avec gonflement de la grande lèvre droite, qui, sans être très vive, la gênait par sa continuité, troublait son sommeil, et lui rendait pénible la station assise. Cette grande lèvre était, en effet, notablement hypertrophiée, à peine sensible à la compression, renfermant une tumeur longitudinale du volume et de la forme d'un gros noyau de datte, mais plus longue, tumeur ferme sans être dure, mal limitée, adhérente à la peau sans la tendre. J'embrochai la tumeur dans le sens de sa longueur avec une aiguille négative, le circuit étant largement fermé sur l'abdomen; courant de 45 milliampères; séance de 20 minutes. Le surlendemain la tumeur était notablement réduite; dix jours après, la grande lèvre droite ne différait en rien de la gauche, parfaitement saine. La guérison persiste intacte plus d'un an après.

Je viens de vous donner un exemple de galvanopuncture négative ; c'est celle sur laquelle je fonde le plus d'espérances. Mais il peut être intéressant d'expérimenter comparativement la positive lorsque la chose pourra se faire sans qu'aucun inconvénient en résulte pour les malades. C'est ce que j'avais commencé chez une autre habituée de cette clinique, venue ici également pour un fibrome utérin, mais qui porte en même temps un adéno-sarcome énorme du sein gauche, contenu par un appareil élastique de suspension fort bien construit, qu'elle a dû adopter lorsque, après des séjours dans deux hôpi-

taux de Paris, l'ablation du sein, qu'elle sollicitait, lui eut été refusée pour des raisons qu'elle n'a pu nous faire connaître.

Ici, la tumeur est à découvert, facile à observer; son volume énorme offre une large surface aux tentatives. Voici celles que je comptais faire successivement :

1° Galvanopuncture avec les deux aiguilles dans la tumeur, assez éloignées l'une de l'autre pour permettre d'observer, au niveau de leurs implantations, des effets distincts devant conduire à donner ensuite la préférence à une galvanopuncture de signe déterminé ;

2° Galvanopuncture positive ou négative, suivant le résultat de la première épreuve;

3° Galvanopuncture négative ou positive, si la deuxième épreuve ne donnait pas de résultat satisfaisant.

Enfin, si aucun effet notable n'était produit par ces applications, je me réservais de recourir à la galvanocaustique sous-cutanée pour essayer d'obtenir soit la résolution, soit des destructions partielles par la création de foyers de suppuration qu'on ouvrirait ensuite par cautérisation tubulaire.

Ces applications comportaient encore trois ordres d'épreuves :

4° Cautérisation sous-cutanée par les deux pôles;

5° Cautérisation sous-cutanée positive ou négative ;

6° Cautérisation sous-cutanée négative ou positive.

Tel était le plan d'épreuves que je n'ai pu poursuivre, la malade ayant cessé de venir après deux séances. Je le regrette vivement : cette expérimentation nous eût peut-être fourni d'intéressantes contributions à l'histoire thérapeutique d'une classe de tumeurs fort communes, et qui, pour n'être pas malignes, n'en sont pas moins souvent fort gênantes, tumeurs

enfin pour lesquelles l'opération radicale est regardée comme indiquée par la plupart des chirurgiens.

Quoi qu'il en soit, voici les résultats des premières opérations :

Obs. LII. — Mme C., trente-neuf ans. Adéno-sarcome énorme du sein gauche. 1° Galvanopuncture double par aiguilles très éloignées l'une de l'autre. Courant de 25 m. a. Séance de 25 minutes; mouches de sparadrap avec onguent de la mère sur les piqûres. Huit jours après, on trouve, au lieu d'une masse totale uniformément dure, des îlots fibreux plats, contigus, mais distincts les uns des autres.

Le tissu de la tumeur est un peu moins ferme sous la piqûre positive que sous la négative, ce qui me décide à essayer d'abord la galvanopuncture positive.

2e séance, seize jours après la première. Celle-ci est faite encore avec deux aiguilles, mais toutes deux positives, l'une nue, l'autre isolée jusque vers sa pointe. Circuit largement fermé sur le ventre. Courant de 30 milliampères d'abord, porté bientôt à 45 ; séance de 1/2 heure. Lors du retrait des aiguilles, petite hémorrhagie par la piqûre de l'aiguille isolée; le retrait de l'aiguille nue ne s'effectue, comme cela a toujours lieu pour les aiguilles positives, qu'avec une certaine difficulté.

Huit jours après, aucun changement appréciable dans l'état de la tumeur. La malade n'est pas revenue.

Obs. LIII. — Jeune fille de vingt-six ans dont l'avant-bras était enveloppé, dans ses deux tiers supérieurs, par une tumeur fibro-sarcomateuse parsemée de kystes contenant un liquide séreux dans certaines poches, séro-sanguinolent dans d'autres. J'ai commencé par ouvrir les kystes par la cautérisation tubulaire partout où j'ai trouvé de la fluctuation. Le premier effet de ces cautérisations négatives, et il a été très rapide, car il était déjà fort appréciable dès après la première séance, a été de rendre la liberté de ses mouvements à l'articulation du coude : il semble que la tumeur ait descendu en totalité sur l'avant-bras. 12 cautérisations tubulaires ont été pratiquées en cinq mois sans obtenir d'autre résultat bien appréciable. Débarrassée d'un certain nombre de collections liquides, la tumeur n'est pas sensiblement moins volumineuse. J'ai poursuivi mes tentatives par des séances hebdomadaires de galvanopuncture

négative, le circuit étant fermé sur la face de l'avant-bras opposée à celle dans laquelle était enfoncée l'aiguille. Onze séances en trois mois n'ont plus donné aucune amélioration. La malade est partie pour la campagne. J'ai appris depuis que la tumeur y avait fait des progrès rapides et que l'amputation du bras avait été pratiquée.

Des tentatives de fonte des fibromes utérins par la galvanisation continue ont été faites, en Amérique d'abord par Cutler (1871). Mais les procédés n'ayant pas été clairement indiqués, nous ne nous y arrêterons pas.

Semeleder (1876) est plus explicite et indique le procédé qu'aurait suivi Cutler. Celui-ci aurait pénétré dans les tumeurs à travers les parois abdominales à l'aide de longues aiguilles à acupuncture enfoncées à une profondeur de trois à quatre pouces. La pile était de dix à douze éléments. Les malades étaient anesthésiées, car l'opération serait fort douloureuse. Le nombre des séances variait de une à vingt; leur durée était de une à quinze minutes. Elles étaient répétées tous les jours ou à des intervalles variant d'une semaine à un mois et plus.

C'est de seconde main, d'après Aimé Martin, que je vous cite les essais de Semeleder; je n'en ferai donc la critique que sous toutes réserves. Et d'abord, il n'est pas indiqué où le circuit serait fermé, ni quel pôle serait enfoncé dans la tumeur, ce qui donne à penser qu'on y enfonçait les deux aiguilles, suivant le précepte de Ciniselli, que je désapprouve, au moins provisoirement. L'anesthésie est encore ici chose superflue : l'opération, ainsi que j'ai pu le constater en faisant la cautérisation tubulaire à travers les parois abdominales, est peu douloureuse. Rien à dire du nombre des séances (de une à vingt); mais, sans croire qu'un nombre considérable de séances soit

nécessaire pour être édifié sur ce qu'on peut espérer, je ne vois pas ce que peut apprendre une seule galvanopuncture. Si elle ne donne rien, il n'y a pas encore lieu d'abandonner la partie; si elle donne beaucoup, on doit être encouragé à continuer. Je m'explique encore moins les séances d'une minute. Enfin, il me paraît excessif et peut-être non sans danger de faire des séances quotidiennes.

Le nombre des cas opérés avec des résultats bons, nuls ou fâcheux serait de trente-six, sur lesquels trois disparitions complètes de la tumeur, vingt-trois diminutions ou arrêts, quatre cas de mort pendant le cours du traitement, dont deux par péritonite; deux fois des tumeurs malignes avaient été prises pour des fibromes.

Nous ne pouvons juger la méthode sur ces renseignements. Les cas de mort, par exemple, répondent-ils aux opérations quotidiennes ou aux séances à intervalles éloignés? Les diminutions ont une valeur si elles sont très notables; mais on ne saurait confondre leur chiffre avec celui des arrêts.

Aimé Martin a repris la question en recourant tantôt à la galvanisation continue, tantôt à la galvanisation discontinue. Je ne vous parlerai d'abord que de celles de ses opérations qui ont été faites avec des courants continus.

Si vous lisez son mémoire, tenez pour non avenus ses développements sur l'électrolyse, sur l'action chimique et sur l'action électro-atrophique de la pile, dont la théorie lui est complètement étrangère; mais si les parties physiques et physiologiques de ce travail doivent être laissées de côté, il reste des faits dont quelques-uns peuvent renseigner.

Et d'abord retenons l'observation d'un fibrome de la cuisse

sur le développement du quel l'auteur est un peu sobre de renseignements, et qui aurait été complètement guéri en cent cinquante séances. Il n'est pas dit un mot du procédé employé dans ce cas; c'est là une lacune fort regrettable.

Aimé Martin est plus explicite à l'endroit de l'utérus. Il agit sur lui, soit dans le col, soit sur sa surface vaginale, avec une électrode positive. Pour éviter la dégradation de l'électrode olivaire engagée dans le col, il la prend en platine ; mais, en ménageant ainsi l'électrode, il augmente son action caustique, action caustique acide, donnant des cicatrices dures et rétractiles qui oblitéreraient le canal cervical, à moins que, à l'exemple de quelques auteurs contemporains, il ne se fasse une pile « sans action chimique, » c'est-à-dire une pile qui ne fonctionne pas. Tel n'a cependant pas été le cas; aussi suis-je très inquiet de savoir ce qu'a pu devenir, chez ses malades, le canal cervical.

Il se servait, en effet, d'une pile réelle, comme en témoignent les eschares qu'il ne sut pas éviter au niveau de l'électrode négative, disque de cinq centimètres de diamètre, appliquée sur l'abdomen et séparée de la surface cutanée par du linge et une couche de peau mouillée. Ce disque était de surface trop faible, et la garniture en était défectueuse. Nous employons ici de larges plaques d'étain garnies de peau et d'agaric, et évitons ainsi toujours facilement la cautérisation de la peau.

Bien qu'il déclare que la douleur n'est jamais intolérable, Aimé Martin la croit inévitable dans une mesure qui ne serait pas négligeable ; vous savez que cette douleur est nulle ou à peu près nulle quand on a pris la précaution de ne pas laisser l'électrode négative cautériser la peau.

Les séances étaient d'un quart d'heure environ ; le nombre

des couples de Daniell employés de cinq à vingt; on en employait de cinq à dix dans les premières séances, un nombre plus grand seulement dans les séances suivantes. C'est là une distinction qui n'a aucune raison d'être.

Aimé Martin donne, à la fin de son mémoire, un tableau synoptique résumant treize observations dont dix appartiennent à la galvanisation continue. On y trouve deux succès complets obtenus en 85 et 102 séances, quatre réductions notables obtenues en 83, 92, 97 et 46 séances, quatre résultats nuls après 98, 34, 19 et 12 séances. Il semblerait, d'après cela, que la réduction ne doive s'accuser qu'après un grand nombre de séances, résultat curieux à vérifier, car *a priori* on serait tenté d'admettre le contraire : en général, un traitement efficace fait gagner d'autant plus qu'il y a plus à gagner, et c'est au début du traitement que cette condition est réalisée.

Dans les trois cas non comptés ci-dessus, parce que le traitement appliqué a été un traitement mixte par galvanisation continue d'abord, discontinue ensuite, on trouve deux guérisons complètes obtenues en 107 et 150 séances, et une guérison presque complète en 45 séances. Sans l'affirmation d'Aimé Martin que la réduction se montre surtout rapide après qu'un grand nombre de séances l'ont préparée, affirmation que je n'admets que sous réserves, j'aurais réuni ces trois cas aux dix précédents, l'auteur déclarant n'avoir eu recours à la galvanisation discontinue qu'en approchant de la fin du traitement.

Les cas de guérison complète se sont présentés, pour la galvanisation continue, chez des femmes de 32 et de 28 ans; pour le traitement mixte, de 48 et 30 ans; le succès presque complet, à la suite d'un traitement prématurément interrompu, chez une femme de 50 ans; les améliorations notables, chez des

femmes de 48, 49, 51 et 52 ans; enfin, les insuccès, chez des femmes de 60, 37, 49 et 56 ans. Si une conclusion pouvait être tirée de ces données, ce serait que le pronostic thérapeutique n'a pas à tenir compte de l'âge.

Après vous avoir cité ces documents, fort encourageants en somme, je m'abstiendrais, Messieurs, de vous parler d'un très petit nombre d'essais, tout à fait sommaires, auxquels je me suis livré, si ces essais n'avaient eu un plan et si je ne comptais les poursuivre quand l'occasion s'en présentera, c'est-à-dire au moins jusqu'à nouvel ordre, quand je me trouverai empêché d'appliquer la médication qui a fait l'objet de la dernière leçon.

Nous avons vu la galvanopuncture par deux aiguilles de polarités opposées réussir à Ciniselli, à Omboni, peut-être aux chirurgiens américains.

La galvanopuncture par une seule aiguille ou par plusieurs aiguilles de même polarité reste à expérimenter, — expérience double, qui devra être faite avec des aiguilles négatives, et, avec des précautions sur lesquelles ce n'est pas ici le lieu d'insister, avec des aiguilles positives.

Vous savez, d'autre part, que, pour localiser exactement des actions galvaniques, il n'est pas toujours nécessaire de recourir à des électrodes pénétrantes. Dans le cas spécial dont il s'agit ici, une électrode mousse engagée dans le canal cervical remplit parfaitement l'indication. Les épreuves faites avec des aiguilles devront donc être reprises avec des électrodes mousses. Je l'ai fait quelquefois avec des sondes négatives, profitant, pour justifier cette pratique, d'une double indication : le défaut de perméabilité aux instruments de l'orifice cervical interne. C'est l'opération d'Aimé Martin avec l'orientation

inverse. Quant à l'opération d'Aimé Martin, je n'oserais pas la faire, malgré les résultats encourageants qu'elle donne au point de vue de la cure des fibromes; elle me paraît devoir entraîner presque inévitablement une atrésie du canal cervical, et, tant qu'il ne me sera pas prouvé que cette atrésie est sans aucun inconvénient, je lui préférerai la galvanopuncture positive.

Dans la galvanopuncture, et aussi dans la galvanisation continue par des électrodes métalliques mousses, il y a *inévitablement* une cautérisation chimique ou potentielle; d'où perte de substance et création d'un exutoire. La perte de substance est négligeable. Il n'en est peut-être pas de même de l'établissement de l'exutoire; pour ma part, je crois que son intervention apporte au traitement un élément de succès.

Mais telle n'est pas la manière de voir de tous les auteurs qui manient l'électricité. Presque tous se défendent d'exercer une action chimique, annulant au besoin leurs courants avec des résistances et faisant des opérations blanches plutôt que de s'exposer à cette éventualité. C'est là une maladresse gratuite, On peut éviter la cautérisation, ne faire ni galvanopuncture, ni galvanocaustique, et cependant pratiquer sur l'utérus la *galvanisation polaire*. Il suffit pour cela, employant comme électrode une tige mousse engagée dans le col, d'en coiffer l'extrémité métallique d'une garniture de peau de daim qu'on entretiendra toujours mouillée.

Avec cette précaution, on peut, fermant toujours le circuit sur le ventre, mais par une surface suffisamment large, pratiquer sur l'utérus la galvanisation polaire, positive ou négative, sans faire de cautérisation, sans par conséquent établir d'exutoire.

Cette galvanisation polaire représente-t-elle, comme la galva-

nopuncture ou comme la galvanisation par électrodes caustiques non pénétrantes, deux procédés à éprouver?

Je ne pousserais pas la curiosité jusque-là. L'exutoire ne me gêne pas, au contraire, pourvu que sa cicatrice ne doive pas créer plus tard des complications graves ou simplement gênantes.

Aussi ne vois-je aucun intérêt à prendre la précaution que je viens de vous indiquer lorsqu'il s'agira de faire une galvanisation négative. Mais n'y manquez jamais lorsque vous aurez à répéter les tentatives d'Aimé Martin, lorsque, avec une électrode engagée dans le col, vous voudrez faire la galvanisation polaire *positive* de l'utérus.

Les procédés de galvanisation continue à expérimenter restent donc en petit nombre : galvanopuncture positive et négative, galvanisation négative par électrode intra-cervicale quelconque, enfin galvanisation positive par électrode intra-cervicale garnie de peau.

Les essais que j'ai faits de ces procédés n'offrent d'intérêt qu'en raison des tâtonnements à simplifier.

C'est la *galvanopuncture négative* qui a été essayée dans le cas suivant :

Obs. LIV. — Mme P....., quarante-cinq ans, couturière. Vient à la clinique le 28 mai 1878 pour une tumeur abdominale qui la fait beaucoup souffrir.

Une première grossesse il y a 16 ans, grossesse gémellaire. Une fausse couche de 5 mois quelque temps après. Une couche il y a 11 ans ; une dernière il y a 8 ans. Toujours bien réglée.

La malade a commencé à souffrir du ventre il y a un an. Depuis six mois seulement elle s'est aperçue que son ventre était déformé par une tumeur. Celle-ci forme, quand la malade est couchée, une saillie considérable dont le sommet est à gauche et un peu au-

dessous de l'ombilic qui se voit à mi-côte de son versant supérieur. La tumeur, facile à délimiter par la palpation, dépasse un peu l'ombilic en haut; à droite, elle dépasse la ligne blanche de 5 à 6 cent.; à gauche, de 10 cent. Elle a la forme d'un cylindre irrégulier terminé en haut par une surface hémisphèrique; en bas, par une surface semblable que fait reconnaître le toucher vaginal, le col ayant un peu plus de 2 centimètres de long, largement ouvert et admettant la première phalange de l'index. Les règles se montrent régulièrement avec quelques jours d'avance.

Des injections intra-utérines sont commencées le 28 mai 1878. Elles sont continuées au nombre de 60 pendant treize mois, c'est-à-dire jusqu'en juillet 1879. Dans cet intervalle sont à noter une crise de coliques hépatiques et deux métrorrhagies abondantes. La malade a-t-elle profité de ses injections? ne les a-t-elle pas rejetées le plus souvent aussitôt faites? Cette dernière hypothèse semble probable en raison du large calibre du canal utérin et de l'impossibilité, en raison de l'extrême développement de la tumeur, de boucher l'utérus avec un tampon vaginal.

Quoi qu'il en soit, l'orifice du col alla toujours se déplaçant en haut et à droite. Au mois de juillet 1879, il était trop haut pour qu'on pût y engager, devant la diriger en arrière et en bas, la sonde à injections. Je songeai alors à entrer dans l'utérus par une voie artificielle, hésitant seulement sur la question de savoir si je pénétrerais par la paroi abdominale ou par le vagin. J'invitai donc la malade à en donner avis au confrère qui me l'avait adressée, en le priant de fixer son jour pour une entrevue où nous prendrions de concert une décision.

La malade disparut alors. Je ne la revis qu'un an après. L'état de la tumeur était le même; elle ne paraissait pas avoir progressé; cependant l'orifice du col avait encore remonté à droite où son bord inférieur était à peine accessible au toucher. Il n'y avait pas eu, durant cette année d'interruption de traitement, de grande crise hémorrhagique ou autre; mais la malade était lasse de l'impotence à laquelle elle se trouvait réduite, et son état général devenait moins bon; les digestions notamment étaient devenues difficiles, les aliments n'étant pas toujours gardés.

Le 25 août 1880, chez la malade, je pénétrai dans la tumeur par le vagin avec une aiguille caustique négative. Mon but était complexe dans sa simplicité : créer une voie artificielle, par où reprendre le traitement par les injections; accessoirement on verrait avec quel degré de facilité on pouvait pénétrer dans l'utérus et quel serait le

degré de persistance des fistules. Les deux derniers points pouvant être élucidés avec une aiguille, il serait toujours temps de recourir à un fort trocart.

L'opération, qui dura 20 minutes, fut peu douloureuse, bien que le courant variât entre 40 et 50 m. a. Les deux journées suivantes se passèrent également bien; mais dans la nuit du 27 au 28, il y eut de la fièvre et du frisson. Le 29, mieux, mais des nausées ; le 30, pas de nausées, mais diarrhée abondante.

L'appétit revint le 31; la malade put vaquer à ses affaires et reprendre ses occupations.

Depuis l'opération, écoulement abondant de pus jaunâtre et d'une odeur forte assez prononcée. La galvanopuncture aurait-elle ouvert un abcès?

4 septembre, 9 jours après l'opération, la malade vient à pied à la clinique, de la rue des Rigoles (Belleville) à la rue Christine. Le soulagement qui avait immédiatement suivi l'opération s'est maintenu ; la malade est gaie et très satisfaite. — Règles la nuit suivante, durant jusqu'au 12.

14 septembre. La fistule utéro-vaginale créée par la galvanopuncture permet l'introduction d'une sonde mousse au moyen de laquelle on pratique une cautérisation, toujours négative, destinée à agrandir le calibre de la fistule vers son orifice vaginal. Cette opération est faite à la clinique. 1/4 d'heure de 15 à 20 milliampères.

21 septembre, Mme P.... revient rue Christine. La dernière opération n'a pas été suivie du mieux-être qu'avait procuré la première. Il y a eu de la fièvre et de l'anorexie, des élancements vers l'ombilic; l'écoulement purulent a cessé.

2 octobre, répétition de l'opération du 14 septembre, dans les mêmes conditions, mais avec un courant de 50 m. a. Mieux supporté.

12 octobre. Y a-t-il eu diminution localisée de la tumeur? Sa forme et ses dimensions générales n'ont pas changé d'une façon apparente; cependant elle a dû subir une modification importante, car l'orifice cervical est descendu et les injections par les voies naturelles sont redevenues possibles; on en fait une le 12, puis le 16 et le 23. A dater de ce jour, pas revu la malade.

J'ai su, au commencement de 1882, qu'elle avait depuis fait un séjour de 3 mois à l'hôpital, sans traitement et sans avantage, et que son état général était devenu de plus en plus mauvais. On m'annonçait en même temps son désir de revenir ; je ne l'ai pas revue.

Rien à conclure de cette observation, qui témoigne seulement de l'innocuité du procédé employé : *pénétration dans l'utérus* par *galvanopuncture négative* avec une forte aiguille.

La question de savoir si la galvanopuncture positive présenterait la même innocuité est réservée. Nous savons cependant qu'à sa suite l'extraction de l'aiguille ne se fait pas sans efforts ; elle représente donc un traumatisme additionnel.

Les galvanopunctures étant provisoirement écartées, et la négative ayant seulement fait ses preuves de procédé inoffensif, restent à expérimenter les galvanisations continues par électrodes mousses intra-cervicales positives ou négatives.

Les cas de rétrécissement de l'orifice cervical interne, et de déformation du canal cervical mettant obstacle à la pénétration de la sonde à injections, m'ont paru favorables à l'expérimentation de la *galvanisation polaire négative.*

Obs. LV. — Mme B. vingt-six ans, plumassière. Une couche il y a 6 ans ; une seconde il y a 3 ans.

5 juillet 1880. Depuis 3 mois, pertes continuelles accompagnées de violentes douleurs depuis un mois. Jusque-là toujours réglée avec des retards.

Fibrome sous-péritonéal figurant une rétroflexion à angle droit. Cathétérisme 8, incomplet. Du 15 juillet 1880 au 4 juin 1881, 56 injections, dont beaucoup ne pénètrent pas.

1er juin 1881. La tumeur postérieure a beaucoup diminué ; elle imite maintenant une rétroflexion élevée. Cath. 7, 4.

Du 18 juin au 20 août, 9 séances de *galvanisation polaire négative* avec électrode nue ; circuit fermé sur l'abdomen. Séances de 10 minutes avec courants de 15 à 20 milliampères.

20 août. Cathétérisme 6, 5, qui accuserait un certain bénéfice. Encore une séance le 25 août ; puis, reprise des injections, le canal étant bien calibré.

L'observation s'arrête là, bien que j'aie revu la malade. Six

mois après, en effet, au moment où j'aurais voulu voir ce qui était advenu, elle fut prise à la campagne d'une fièvre intermittente dont elle n'est pas encore complètement débarrassée; je vous ai dit les perturbations fâcheuses déterminées par ces fièvres dans la marche des fibromes.

Obs. LVI. — Mme O..., trente ans, maroquineuse. Plusieurs couches; la dernière il y a 9 ans, suivie de pertes pendant deux ans.

Fibrome sous-péritonéal surtout postérieur. Déformation du canal cervical, qui forme un entonnoir à ouverture vaginale très large. Cath. 8, 6.

Du 29 mars au 7 juillet 1881, 28 injections. 5 juillet, cath. 7, 4.

Les injections ont bien fait, mais ne pénètrent plus.

Du 12 juillet au 25 août, 9 séances de *galvanisation polaire négative*, avec électrode nue.

Le traitement est interrompu par une fièvre intermittente qui durera plus de 6 mois. Le 10 septembre, cathétérisme 8.

Il semble que pendant le traitement galvanique la profondeur de la cavité utérine ait augmenté, ce dont je crois pouvoir accuser la fièvre.

Retour aux injections, qui ne pénètrent plus qu'exceptionnellement; plus tard, nous reprendrons la galvanocaustique négative.

Les résultats obtenus dans cette voie ne me satisfont pas, au moins pas encore. On peut leur objecter qu'ils n'ont pas été suivis avec toute la persévérance que semblent recommander les tentatives de quelques auteurs, celles notamment d'Aimé Martin. Cette considération me paraît difficilement valable; je crois que le procédé qui sera le plus convenable, appliqué aux cas auxquels ils convient, — et il ne me paraît pas douteux que les conditions de cette rencontre se trouvent quelquefois réalisées, — je crois que ce procédé devra donner des résultats très prompts. En opposition avec les restrictions qu'on pourrait être tenté de tirer des faits d'Aimé Martin, j'invoquerai les con-

clusions plus favorables que comportent les faits de Ciniselli.

L'observation suivante offre un autre exemple de galvanisation polaire négative, toujours sans résultat marqué.

Obs. LVII. — M[lle] V....., quarante et un ans. État général défectueux, surtout algique, depuis dix-huit ans. A été traitée pour des douleurs pelviennes, par tous les palliatifs compatibles avec le respect de l'hymen. Celui-ci permet cependant le toucher et permettra les manœuvres curatives que nous aurons à exercer.

Au toucher debout, on sent le vagin rempli par une tumeur conoïde dans laquelle on n'hésite pas à reconnaître un col utérin trop long et trop ferme ; mais c'est en vain qu'on y cherche un orifice; il ne s'agit que d'un diverticulum fibreux. Continuant la recherche du col véritable, on trouve la partie gauche du cul-de-sac antérieur effacée par une tumeur qui se continue avec celle précédemment sentie, comme ferait avec le col un corps en latéroversion gauche. Quant au cul-de-sac postérieur, il est devenu un cul-de-sac latéral gauche, dans lequel on sent une tumeur globuleuse élevée, avec une dépression cupuliforme regardant directement à gauche, qui doit être l'orifice utérin. Un cathéter courbe peut y être engagé, et est arrêté après un trajet de 2 centimètres; une tentative d'injection reste sans résultat.

Du 14 juin au 12 juillet 1881, 5 séances de galvanisation continue polaire négative par une électrode protégée, de manière à ne pas exercer d'action caustique locale. Séances de 10 minutes par courants de 12 à 15 milliampères.

L'effet des séances est de soulager les douleurs pelviennes et lombaires, de rendre la marche plus facile et la fatigue moins prompte; mais ces effets sont passagers, et le mieux-être qu'ils représentent ne va pas au delà de la journée. Les règles ne sont presque plus douloureuses.

12 juillet. La forme du col a un peu changé; l'orifice, toujours dans le cul-de-sac gauche, regarde presque en bas.

Du 21 juillet au 29 août, 6 séances de galvanisation négative, cette fois avec une électrode nue, — caustique par conséquent. Pour éviter les chances de fausse route, je la prends un peu volumineuse. Le bénéfice immédiat de ces séances est le même que précédemment, toujours non persistant.

Le cathétérisme, devenu possible, donne 7 centimètres. Les injections sont reprises, mais à intervalles de 8 jours, intervalles trop

longs ; la situation générale reste stationnaire : l'amélioration obtenue se maintient sans faire de progrès.

A partir de juillet 1882, nous faisons des injections trois fois par semaine. Au milieu de septembre, l'amélioration de l'état général est sensible ; la malade souffre beaucoup moins, marche, dort et digère mieux. Le diverticulum fibreux qu'on prenait d'abord pour le col a à peu près disparu. Bien que les injections pénètrent, je ne puis renouveler le cathétérisme. Nous reviendrons à la galvano-caustique.

Ces essais de galvanisation continue, que je vous ai rappelés surtout comme spécimens de procédés d'une exécution sûre et facile ne prouvent en somme rien ou presque rien. Ont-ils été avantageux ? — Ce n'est pas évident. Il est à noter toutefois qu'ils s'adressaient à un choix de cas peu favorables. Quant à l'échappatoire qu'ils ne se rapportent qu'à des observations dans lesquelles un trop petit nombre de séances ont été faites, je ne la risquerais que sous bénéfice d'inventaire : je répéterai que, bien appliquée, la méthode, si elle est efficace, doit donner des résultats plus prompts que ceux indiqués par Aimé Martin. Peut-être faudrait-il un nombre de séances considérable pour obtenir une guérison complète ; mais le procédé dont on sera en droit de se déclarer satisfait devra donner une amélioration appréciable au bout d'un petit nombre de séances. Il s'agit là d'une médication active, malgré sa simplicité apparente, et de laquelle j'exigerais, pour la préférer aux injections, qu'elle donnât beaucoup plus.

En somme, la galvanisation continue négative, pénétrante ou non pénétrante, est un procédé que nous ne saurions juger aujourd'hui, mais auquel je n'ai pas renoncé, et que je compte reprendre sur les mêmes malades.

Reste la galvanisation polaire positive, — non plus comme la faisait Aimé Martin, mais avec les précautions que commande

le souci d'éviter une action caustique de l'électrode positive. Je l'ai essayée chez une malade dont le col pouvait admettre une électrode cylindrique recouverte de peau mouillée.

Obs. LVIII. — Mme I..., quarante-trois ans, 5 couches, 5 fausses couches. Amenée ici par des hémorrhagies incessantes, elle y est arrivée dans un état de cachexie qui nous avait fait songer tout d'abord à un cancer; cette crainte s'est même trouvée en partie justifiée par l'état fongueux du col. Mais l'odeur manquait, et je vous engageai à réserver un diagnostic qu'il est toujours temps de porter.

Le 9 novembre 1878, le cathétérisme donnait 12 centimètres. Injections iodurées au nombre de 50 jusqu'au 9 septembre 1880, — c'est-à-dire en près de deux ans. Le petit nombre d'injections faites dans un aussi long espace de temps a tenu à ce que la malade ne venait pas — malgré mes recommandations, — pendant les hémorrhagies dont la quantité avait d'ailleurs notablement diminué.

9 septembre 1880. Cathétérisme 10; deux centimètres de moins. Hémorrhagies toujours fréquentes, mais non plus continues, moins abondantes ; état général meilleur.

Du 9 septembre 1880 au 21 juin 1881, 51 injections. Le 21 juin 1881, cathétérisme 9, 7. Bénéfice insignifiant, malgré un traitement mieux suivi. C'est ce qui me décida à essayer la galvanisation continue polaire positive avec électrode protégée.

Jusqu'au 30 juillet 1881, 15 séances de 6 minutes; courant de 15 milliampères. Le 30 juillet 1881, cathétérisme 11. Nous avons donc perdu 1, 3 centimètres.

Grâce à la précaution d'éviter l'action caustique positive, le calibre du canal cervical s'est maintenu intact. Quant aux séances, elles sont suivies immédiatement d'un mieux-être avec un peu d'excitation, et le lendemain d'une lassitude marquée. La malade se trouve mieux, au point de vue de l'état général, des injections.

Nous reviendrons à celles-ci, mais serons contrariés par la fièvre intermittente.

Ici donc, résultat négatif, — il est unique, il est vrai. Je ne voudrais encore pas conclure d'après lui; mais il me dispose moins favorablement que les galvanisations négatives.

Nous venons, Messieurs, d'examiner les résultats et les es-

pérances donnés par les électrisations variables et continues dans les cas de fibromes. L'électrisation strictement variable n'a encore rien donné qu'une amélioration immédiate indépendante d'une modification de la tumeur elle-même ; — la galvanisation continue, employée avec des procédés divers, promet et a donné. Il reste cependant à régulariser les procédés et à établir ce qu'on peut attendre de chacun d'eux immédiatement et tardivement.

On a eu recours enfin à des procédés mixtes. Le point de départ de ces procédés me paraît avoir été dans la crainte des cautérisations qu'on ne savait ni éviter ni utiliser.

Au point de vue dogmatique, leur examen doit paraître médiocrement intéressant : c'est avec les procédés qui viennent d'être passés en revue que la critique en devra être faite ; au point de vue pratique, ils pourraient offrir plus d'intérêt.

Quoi qu'il en soit, le témoignage d'Aimé Martin leur est favorable; Cheron et Courty les ont aussi beaucoup vantés. J'attendrai, pour arrêter une opinion à leur endroit, que mes tentatives de faradisation par courants de peu de tension et de quelque quantité à intermittences rares, et que celles de galvanisations uni ou bi-polaires, aient fourni des documents qui permettent d'en analyser l'action et de porter sur leur effet total une appréciation motivée.

DIXIÈME LEÇON

Hystéropathies locales

SOMMAIRE : Abcès parenchymateux de l'utérus. — Abcès péri-utérins. — Indications thérapeutiques communes. — Médication antiphlogistique : la digitale.

Polypes. — Ulcérations simples ou diathésiques. — Catarrhes. — Autres productions intra-utérines, solides, liquides, gazeuses. — Polypes muqueux. — Fongus bénins. — Dysménorrhée membraneuse. — Hydrométrie. — Physométrie.

MESSIEURS,

La plus rare peut-être des tumeurs utérines est *l'abcès parenchymateux* non septique. Je vous ai déjà signalé le fait à l'occasion de l'abus consacré du diagnostic *métrite*. Laissant donc de côté les abcès métastatiques, pour n'envisager ici que les abcès qu'on pourrait être tenté de rattacher à des phlegmasies utérines, nous nous trouvons en présence d'une affection peu commune, intéressante surtout en raison des difficultés que peut comporter son diagnostic par suite de la lenteur de son évolution et de l'obscurité des phénomènes de sa période de début. Car il s'agit ici, le plus souvent au moins, d'un processus essentiellement chronique, qui témoigne de la difficulté avec laquelle le parenchyme utérin se prête à devenir le siège de phlegmasies franches. Je ne me rappelle en avoir observé que trois, qui s'ouvrirent spontanément, l'un dans le rectum, les deux autres dans le vagin, et cela deux et cinq ans après avoir été constatés, — ou plutôt après avoir été pris pour autre chose.

Obs. LIX. — Une dame de trente ans, n'ayant eu qu'une couche remontant à dix ans, m'offrit une rétroflexion particulièrement pénible depuis plus d'un an, sans que l'examen de la tumeur par le toucher provoquât plus de douleur que d'habitude. Trois séances de faradisation utérine par semaine pratiquées durant un mois amenèrent un soulagement marqué.

Je perdis alors la malade de vue pendant quatre ans, au bout desquels je la retrouvai gardant le lit depuis une dizaine de jours; fièvre modérée; douleurs pelviennes assez vives auxquelles on avait opposé sans succès des lavements laudanisés. On sentait alors très bien une tumeur pâteuse de la paroi postérieure, dont je décidai, pour le surlendemain, l'ouverture par le vagin. Mais, dans l'intervalle, la tumeur se vida par le rectum. La rétroflexion avait disparu.

Un fait m a surpris dans cette observation, c'est que les séances de faradisation du début n'aient pas accéléré la fonte de l'abcès, — ce qui m'a paru avoir lieu dans la plupart des cas où l'on soumet à la faradisation des tumeurs destinées à suppurer. Aux questions que je lui ai posées avec quelque insistance, pour savoir si, pendant les quatre ans qui s'étaient écoulés entre mon dernier examen et l'ouverture de l'abcès, elle n'avait pas eu d'autre écoulement de pus, soit par le rectum, soit par le vagin, la malade a toujours répondu négativement.

Obs. LX. — Vingt-cinq ans, nullipare, commence en mars 1871 à souffrir de pesanteur sur le fondement. En même temps, la menstruation, qui avait toujours été régulière, abondante au début de chaque époque, devient presque continue, mais réduite à un suintement.

Consulté en septembre à l'occasion de douleurs des jambes, gêne du bassin, migraines fréquentes, je trouve, du côté de l'utérus, abaissement, col sain, *rétroflexion à angle presque droit*. Un essai de cathétérisme avec l'hystéromètre ne réussit pas alors; une injection de paraffine au tannin pénètre et sera répétée tous les quatre jours pendant un mois. Pendant ce même mois, 12 séances de faradisation vésico-utérine. Mieux marqué.

La pesanteur sur le fondement a cessé alors ; la flexion est moindre mais la face postérieure du corps est toujours globuleuse. Le premier diagnostic me devient suspect; le cathétérisme avec la sonde rigide échoue encore ; il est facile avec une bougie conique olivaire un peu fine.

Le traitement est alors, jusqu'en avril 1872, suivi très irrégulière-

ment, traversé par des crises de gravelle, une algie sciatique, d voyages, etc. Pendant cette période, reparaissent des douleurs vers l'anus rendant très pénibles les courses en voiture.

5 avril 1872. La face postérieure de l'utérus est toujours bombée, sans que la flexion soit redevenue plus marquée que lors du précédent examen. Le diagnostic *abcès* est noté avec un point d'interrogation.

Les vicissitudes du second semestre 1871 continuent sans rien offrir de notable : alternance d'accidents de gravelle, de rhumatisme chronique sciatique ou lombaire, douleurs variées, migraines goutteuses, etc. L'observation est d'ailleurs mal suivie, la malade partageant entre Paris et Londres des séjours peu prolongés.

L'hiver de 1873-74 se passe relativement bien.

Retour des douleurs au printemps. Pendant un séjour à Londres, les douleurs pelviennes obligent la malade à prendre le lit, où elle reste trois mois, au bout desquels on lui applique le pessaire de Hodge. Celui-ci exaspère encore les douleurs ; on le maintient néanmoins avec des intermittences, lorsqu'en septembre 1874 un flot de pus est rendu par le vagin.

Depuis ce jour, la malade est libre du côté du bassin, — que je n'ai pas eu l'occasion d'examiner ; — les accidents articulaires et viscéraux en rapport avec son état diathésique subsistent seuls.

Ici encore la faradisation paraît avoir été sans effet appréciable sur l'évolution de la tumeur.

Obs. LXI. — Je ne trouve que des notes très incomplètes sur une malade chez laquelle j'avais diagnostiqué un abcès de la paroi antérieure de l'utérus, abcès qui s'ouvrit quinze jours après dans le vagin. L'évolution de cet abcès aurait été relativement rapide si, comme il paraît difficile de ne pas l'admettre, sa formation était postérieure à une dernière couche, facile d'ailleurs, remontant à dix mois seulement.

Nous avons eu ici une malade qui, d'après les renseignements que nous avons pu obtenir, aurait eu antérieurement un abcès de l'utérus ouvert dans la vessie. Je n'insiste pas sur ce fait, d'une authenticité insuffisante, et qui ne nous apprend rien

sur la durée de l'évolution de l'abcès, point sur lequel je voulais surtout insister. Il nous offrirait cependant un exemple de mode d'ouverture autre que ceux que nous avons pu constater.

Les abcès utérins pourraient s'ouvrir encore dans la cavité abdominale, terminaison absolument grave, ou dans la cavité utérine, terminaison qui serait la plus favorable. Je ne sais si cette dernière est aussi facile qu'on pourrait l'admettre *à priori*, et si l'épaisseur de la couche sous-muqueuse suffirait à apporter un obstacle au moins relatif à ce mode d'évacuation. Il y a là une question intéressante sur laquelle je vous engage à recueillir tous les documents que pourra vous fournir votre observation ; l'anatomie pathologique ne peut que très exceptionnellement et tout à fait accidentellement contribuer à sa solution, qui serait intéressante cependant, indépendamment de la question du mode de terminaison, en ce qu'elle pourrait fournir des renseignements sur leur siège exact, peut-être beaucoup plus voisin de la surface extérieure que de la cavité. Quant aux abcès utérins sur lesquels l'anatomie pathologique fournit des documents, malheureusement trop fréquents, ce sont les abcès métastatiques, dont l'histoire n'a aucun rapport avec celle des abcès dont il est ici question.

Lorsqu'un abcès utérin est constaté, je crois indiqué de l'ouvrir le plus tôt possible, et de l'ouvrir dans le vagin pour prévenir son ouverture accidentelle dans une cavité moins favorable à la réparation de sa poche. A l'évacuation prompte par une large ponction faite avec le bistouri, je préfère la galvanopuncture, donnant le même soulagement immédiat et favorisant une évacuation lente derrière laquelle la réparation se fait à mesure que le pus s'échappe.

Je n'ai pu, à défaut de données anatomo-pathologiques, être explicite sur le siège des abcès du parenchyme utérin. Nous n'avons pu que présumer la rareté de leur ouverture dans la cavité utérine. La facilité de leur ouverture dans les cavités voisines témoignerait ou de leur voisinage de la surface extérieure de l'utérus, ou de la résistance moindre qu'éprouve leur développement dans cette direction, probablement de ces deux conditions réunies.

On est ainsi conduit à se demander s'il n'y aurait pas de véritables abcès sous-péritonéaux, n'intéressant pas le parenchyme utérin, mais pouvant être aisément confondus avec des affections de ce parenchyme. Le cas suivant m'a laissé des doutes à cet égard.

Obs. LXII. — Il s'agit d'une dame d'une quarantaine d'années, hystéropathique depuis plusieurs années, alors alitée depuis deux mois, chez laquelle je fus appelé par son médecin à l'occasion d'un fibrome utérin. Le toucher vaginal ne laissait aucun doute à cet égard : il présentait un segment inférieur dur et fortement mamelonné. Le palper abdominal faisait sentir une tumeur remontant bien au-dessus du pubis, mais d'une délimitation difficile, quoique la malade ne fût pas grasse. Enfin, le cathétérisme accusait une cavité de 9, 5 centimètres. L'état fibreux de l'utérus n'était pas douteux ; les injections iodurées procurèrent tout d'abord et très rapidement un soulagement que j'ai su depuis avoir été de courte durée. Un appareil fébrile était survenu au bout de quelque temps, et un abcès s'était ouvert à l'extérieur, près de l'ombilic. Depuis, l'état général de la malade était redevenu tout à fait satisfaisant.

Ici, l'abcès était très vraisemblablement extérieur à l'utérus ; l'existence du fibrome avait aidé à le méconnaître ; mais, en l'absence même du fibrome, je crois que son diagnostic eût été fort difficile.

C'est par le toucher vaginal qu'on arrivera à distinguer les

abcès utérins, rares et d'une évolution très lente, des abcès péri-utérins, plus communs et d'une évolution tantôt très lente aussi, tantôt plus rapide. Ce diagnostic différentiel peut ne pas présenter de grandes difficultés à une époque voisine du début, alors que le segment inférieur de l'utérus peut être reconnu à l'état de masse bien distincte ; mais il n'en est pas de même plus tard, à la période de ramollissement. La confusion possible n'a toutefois pas alors de grands inconvénients, les indications thérapeutiques restant les mêmes : antiphlogistiques contre le processus inflammatoire, et ouverture dans le vagin dès qu'elle sera praticable.

A quels moyens antiphlogistiques aurons-nous recours? Je vous avouerai tout d'abord une grande répugnance pour les émissions sanguines et une confiance très limitée dans les émollients.

J'ai vainement cherché, ces jours derniers, dans l'œuvre de Claude Bernard la relation d'une expérience qu'il avait faite autrefois et m'avait racontée à une époque qui ne peut être que de très peu postérieure à 1854, expérience de nature à ouvrir des aperçus nouveaux sur l'inflammation et sur les moyens antiphlogistiques classiques.

Ce que j'ai trouvé de plus approchant est la relation (*Syst. nerveux*, t. II, p. 519 et suiv.) d'expériences datant, l'une, de 1845, dans laquelle avaient été enlevés les deux ganglions solaires, et l'autre, de 1853, dans laquelle avait été enlevé le ganglion premier-thoracique. Claude Bernard signalait, à cette occasion, les phlegmasies violentes, abdominales et thoraciques, qui succèdent à l'ablation de ces ganglions. Plus haut, il indiquait que la section même du filet cervical pouvait devenir le point

de départ d'une inflammation intense, lorsque l'animal qui y a été soumis vient à être affaibli par d'autres opérations.

L'expérience à laquelle je viens de faire allusion, et qui doit dater de la même époque, avait porté sur trois chiens chez lesquels la poitrine avait été ouverte en avant de l'épaule, et le ganglion thoracique mis à nu. La plaie avait été ensuite recousue chez le premier chien, qui devait servir de témoin. Chez les deux autres, le ganglion avait été simplement comprimé entre les mors d'une pince, puis la plaie recousue. Les trois chiens étaient parfaitement rétablis, au moins en apparence, lorsque, au bout d'un mois ou six semaines, on fit à l'un de ceux qui avaient eu le ganglion comprimé une petite saignée; en même temps on mettait à la diète celui qui avait subi la même opération. Or ces deux chiens succombèrent rapidement aux phlegmasies thoraciques notées à la suite de l'arrachement du ganglion; tandis que le chien-témoin, dont la poitrine avait été ouverte sans contusion du ganglion, ne parut pas influencé d'une façon appréciable par la double épreuve de la saignée et de la diète.

Cette expérience m'avait vivement frappé, lorsque j'entrai dans un service de chirurgie des hôpitaux militaires à la tête duquel se trouvait un des derniers, peut-être le dernier élève de Broussais. Là, je fus témoin de la répétition, peu méthodique, mais sur une vaste échelle, de l'expérience de Bernard : les émissions sanguines donnaient des résultats tellement épouvantables qu'aujourd'hui, après vingt-six ans de pratique, je n'ai ni fait une saignée ni fait appliquer une sangsue. Je dois convenir toutefois que la saignée produisait un mieux-être momentané, et que plusieurs malades la redemandaient jusqu'à ce que mort s'ensuivît.

Un soulagement analogue est produit par les topiques émollients. Quant je dis « analogue », je n'ai en vue que les éventualités de suppuration, que ces topiques ne font assurément rien pour conjurer, dont ils avanceraient plutôt l'heure. Peuvent-ils, comme les en accusait Baudens, qui avait interdit l'usage des cataplasmes émollients dans son service, conduire à suppurer des tumeurs dont on aurait pu obtenir la résolution, des plaies dont la réunion eût pu se faire par première intention? — Je le crois, sans être en mesure de l'affirmer.

Quoi qu'il en soit, par l'humectation des tissus phlogosés, par la chaleur quelquefois, par le froid d'autres fois, les topiques émollients agissent favorablement sur l'élément « douleur; » et, dans les cas où la suppuration ne peut être évitée, je ne craindrais pas d'y recourir si des agents antiphlogistiques plus efficaces, — ou plus complets, — n'étaient pas à ma portée.

Ces agents antiphlogistiques sont-ils nombreux? — Sous le nom de défervescents, d'antithermiques, on en a signalé plusieurs. Je ne vous en recommanderai qu'un, le seul que j'aie expérimenté depuis le début de ma carrière avec des résultats assez satisfaisants pour que je me sois trouvé détourné d'essayer les autres : je veux parler de la digitale.

C'est encore dans le laboratoire de Bernard, où m'était venue la crainte de la saignée, que me vint l'idée d'essayer la digitale contre les phénomènes phlegmasiques dans lesquels je faisais alors, comme tout le monde, une part que je crois aujourd'hui exagérée à la congestion. La digitale était un poison cardiaque arrêtant le cœur en systole; c'était donc un poison musculaire paralysant les muscles en contraction. Cette action sur les muscles striés s'étendait-elle à la fibre lisse? — Les

effets diurétiques de la digitale me semblaient répondre affirmativement à cette question. Dès lors, elle pouvait devenir un décongestionnant local par contracture des artérioles, en même temps qu'un sédatif général par voie de diurèse.

Quoi qu'il en soit de la valeur théorique de ces indications, les effets thérapeutiques m'ont pleinement satisfait, et c'est à eux que je dois d'avoir pu, sans le regretter une fois, renoncer complètement aux émissions sanguines.

Voici mon formulaire, très simple comme vous le verrez :

A l'intérieur, lorsque le processus phlegmasique s'accompagne de fièvre : Teinture de digitale, 2 gr. 50. Eau commune 250. Une cuillerée à entremets toutes les demi-heures, toutes les heures, ou toutes les deux heures suivant l'intensité du mouvement fébrile.

En topique, sur une région dont la configuration se prête à l'application d'un cataplasme : Cataplasme de feuilles sèches de digitale, humectées et recouvertes d'une flanelle mouillée, sous une couche de taffetas ciré. Laisser en place jusqu'à deux et trois jours.

Ou appliquer, à la manière d'un cataplasme, une éponge qu'on arrosera de temps en temps avec l'infusion suivante : Feuilles de digitale, 10 grammes. Eau bouillante, 1 litre. Laisser infuser jusqu'à presque refroidissement. Ou onction des parties avec la pommade : Extrait de digitale, 5 ou 6 grammes. Axonge, 30. Recouvrir d'ouate qu'on ne changera pas.

Lorsque le processus phlegmasique intéresse le vagin, l'utérus, ou les tissus péri-utérins, — y compris la région ovarienne, — j'emploie la pommade précédente, coiffant en cône un tampon sphérique porté au fond du vagin, — ou l'introduction dans le vagin

d'un tampon imbibé d'extrait de digitale 1 partie pour glycérine 2 parties, — ou des injections 5 ou 6 fois par jour avec l'infusion au centième, prises le bassin soulevé par un oreiller et gardées aussi longtemps que possible, — ou l'irrigation continue avec la même infusion.

Tels sont les moyens antiphlogistiques que je crois pouvoir vous recommander comme remplaçant au moins, — sans en avoir les inconvénients, sans débiliter le sujet, sans conduire à la suppuration des accidents capables de résolution, — les émollients et les évacuations sanguines.

Autres sont les indications de ce qu'on a appelé les irritants substitutifs, indications que nous rencontrerons çà et là.

Il est d'autres tumeurs qui nous intéressent, mais à l'histoire desquelles je ne m'arrêterai pas, n'ayant rien à ajouter à ce que nous apprennent à leur endroit les compilations classiques : je veux parler des polypes, de ceux au moins qui ont un développement suffisant pour qu'on ne se contente pas de tenter leur destruction sur place.

Vous savez combien est diverse, au moins à l'examen macroscopique, la constitution de ces tumeurs qui rappellent toutes les variétés que nous avons décrites à l'occasion des fibromes. La plupart ne sont en effet que des fibromes sous-muqueux, pédiculés ou détachés sur une certaine étendue de leur base d'implantation, fibromes toujours un peu fermes, tantôt exsangues et tantôt très vasculaires. D'autres représentent des hypergenèses myxomateuses, végétations molles tapissant la surface interne de l'utérus, dont on les détache quelquefois en grattant celle-ci avec la curette, — procédé que je repousse absolument, et auquel je préfère une destruction,

plus lente, il est vrai, mais absolument inoffensive, à l'aide de mes topiques mous.

C'est au point de vue du traitement chirurgical des polypes d'un certain volume qu'on s'est surtout occupé de cette classe de tumeurs, la plupart des auteurs proposant, à l'occasion d'un cas particulier, un procédé d'ablation déterminé : arrachement par torsion ; séparation par la chaîne de l'écraseur ; écrasement et galvanocaustique thermique ou chimique ; segmentation, soit avec l'écraseur, soit avec les ciseaux ; destruction au moyen de la cautérisation ignée, etc.

Tous ces moyens sont bons dans des cas donnés; aucun ne mérite la préférence d'une manière générale : chaque cas particulier fournit des indications opératoires à étudier avant de prendre une décision.

Je crois toutefois que, d'une manière générale, on doit tendre à éviter les opérations, le plus souvent dangereuses, qui ont pour objet l'extirpation, en une ou plusieurs fois, des tumeurs sessiles qui restent intra-utérines. Je préfère essayer leur destruction lente sur place. Celle-ci pourra souvent s'effectuer sans risques, et sans même que la malade soit obligée de garder le lit.

Une fois, je l'ai essayé avec succès, avec des injections savonneuses au carbonate de cuivre d'abord, à l'iodure de potassium ensuite, sur une tumeur sessile qui a fini par se détacher. Les hémorrhagies ont été immédiatement modérées, très rapidement arrêtées, et l'état général du sujet s'est vite rétabli, bien avant la fin du traitement. C'est là cependant un résultat sur lequel il ne faut pas compter d'avance : le détachement de ces tumeurs a lieu quelquefois spontanément; et c'est probablement à un cas de ce genre que j'ai eu affaire. Le traitement a

été avantageux surtout ici en raison de son heureuse influence sur les hémorrhagies, et en ce qu'il a permis à une malade alitée et très déprimée de se lever et de recouvrer en peu de jours une santé suffisante pour reprendre son genre de vie habituel.

Actuellement, j'ai en traitement un cas analogue où les mêmes moyens ne m'ont pas donné à beaucoup près des résultats aussi avantageux; aussi les fais-je alterner avec des tentatives d'un autre ordre.

Obs. LXIII. — Il s'agit d'une femme d'une soixantaine d'années, dont l'utérus est rempli par une tumeur ferme et très vasculaire qui proéminait un peu au dehors d'un col dont l'ouverture ne dépassait pas la dimension d'une pièce de cinquante centimes. On pouvait être tenté de débrider le col pour amener au dehors une portion au moins de la tumeur et essayer avec l'écraseur l'ablation de celle-ci en totalité ou mieux en partie. Mais l'opération eût été rendue difficile par l'extrême étroitesse de la vulve, et elle eût, dans tous les cas, fait courir à la malade des risques que j'ai préféré éviter en essayant la destruction sur place de la tumeur par des moyens variés que je fais alterner. Ce sera un traitement long; mais il a l'avantage de ne pas fatiguer la malade.

Examinée avec l'hystéromètre, cette tumeur se montre largement adhérente à la paroi postérieure. Les injections pâteuses iodurées ont arrêté d'abord les hémorrhagies et amené un certain degré de rétablissement, sans toutefois agir d'une façon appréciable sur le volume du fibrome.

J'ai pénétré alors au centre de sa masse avec un gros trocart destiné à préparer une cautérisation tubulaire. Mon intention était d'y former un puits, dans lequel on pourrait par la suite installer un cautère mousse pour attaquer la tumeur à son centre par des séances de galvano caustique négative. Or, ce que j'étais loin de prévoir, la ponction donna issue au pus d'un abcès assez considérable.

J'ai repris alors les injections iodurées, me promettant d'y joindre des séances de galvanocaustique chimique. La tumeur a diminué de volume et ne fait plus saillie au dehors de l'utérus; mais l'évacuation de l'abcès peut être pour beaucoup dans ce résultat.

Parmi les affections locales de l'utérus, celles auxquelles on a fait jouer le plus grand rôle; — il serait plus exact de dire : celles dont on joue le plus dans la pratique de la ville, — sont les *ulcérations* du col. Vous n'en voyez ici que par accident; non que les malades qui viennent nous consulter en soient exemptes, mais parce qu'il est assez rare que nous ayons, dans nos examens, recours au spéculum ; c'est le toucher qui nous fait reconnaître presque toutes celles que nous constatons. Cette indifférence tient à ce que je considère les ulcérations du col, — les ulcérations bénignes, bien entendu, — comme sans importance propre, et comme symptomatiques d'affections utérines plus générales ou de maladies constitutionnelles qui seules réclament impérieusement un traitement. Celui-ci institué, les ulcérations du col utérin guérissent seules ; aussi depuis 20 ans ai-je à peu près renoncé à les traiter, me contentant pour elles d'applications empyreumatiques anodines qui constituent surtout des soins de toilette, lorsque, de par leur étendue, leur profondeur ou la quantité de leur excrétion, elles peuvent devenir une cause de gêne ou de fatigue.

On conçoit que, dans une partie aussi bien soustraite aux traumatismes qu'est le col utérin, les ulcérations soient toujours symptomatiques. D'autre part, l'humidité du milieu fait que la couche épithéliale n'oppose à leur apparition qu'un obstacle insignifiant; aussi malgré la protection dont jouit la partie, sont elles fort communes. Les ulcérations du col procèdent donc à peu près constamment de la couche profonde. On a bien admis une érosion de la couche épithéliale par les produits irritants de sécrétions anormales; mais ces sécrétions proviennent de la couche glandulaire, profonde par conséquent, et primitivement

affectée. La distinction en vertu de laquelle on voudrait établir une séparation entre les ulcérations superficielles et les ulcérations plus profondes peut donc paraître un peu subtile et n'offrir qu'un intérêt descriptif.

Si une distinction pratique devait être faite entre les ulcérations du col utérin, elle séparerait les ulcérations simples des ulcérations diathésiques, les ulcérations simples procédant de l'état de vascularisation anormale que produit l'engorgement, aidé d'une cause banale quelconque, traumatisme ou absence de soins; les ulcérations diathésiques étant favorisées, produites, et surtout entretenues par un état morbide constitutionnel.

Les ulcérations simples, celles liées à l'encombrement circulatoire de la couche sous-muqueuse dans l'engorgement, guérissent seules et vite quand on traite celui-ci.

Il en est qu'on peut, je crois, tenir pour du même ordre : celles, quelquefois très étendues, profondes et rebelles à tout raitement local, qui apparaissent peu après le début de certaines grossesses, et qui sont vraisemblablement symptomatiques de la gêne circulatoire apportée dans le col par le développement voisin du corps de l'utérus. Ces ulcérations-là aussi guériront seules, mais seulement après la parturition ou même un peu avant, à mesure que la dilatation du corps de l'utérus amènera l'effacement du col. Elles ne réclament donc aucun traitement, mais seulement des soins de toilette avec des préparations aussi peu médicamenteuses que possible. C'est à la préparation connue sous le nom de « lait virginal » que je donne dans ces cas la préférence : Teinture de benjoin 10, hydrolat de roses 100, eau 1000 ; on s'y trouve encore fort bien de l'émulsion étendue des résines de pins, notamment de pin mugho, et des préparations de myrte.

La même indifférence ne doit pas s'étendre aux ulcérations diathésiques ou à celles symptomatiques d'un état général simplement déprimé. Mais, ici encore, les applications locales ne sauraient utilement intervenir seules. L'usage local des topiques irritants, dits substitutifs, permet sans doute, dans une foule de cas, de faire disparaître la lésion apparente; mais plus vous aurez vu de ces ulcérations guéries, chez des malades qu'il vous sera donné de suivre, plus vous acquerrez la conviction qu'on n'a, suivant l'expression vulgaire, reculé que pour mieux sauter. Les guérisons apparentes obtenues de l'emploi des caustiques, actuels ou potentiels, ne sont que provisoires, en tant que cures de l'ulcération, et, chose plus grave, elles ont pour résultat d'exaspérer l'affection fondamentale, celle dont l'ulcération n'était qu'un symptôme sans importance propre. Comment nuisent les cautérisations portées sur le col utérin? — Leurs effets fâcheux comportent deux explications, qui d'ailleurs ne s'excluent pas : la répétition d'actions irritantes sur un organe qui les supporte mal, et la suppression prématurée et sans préparation d'un exutoire naturel.

Lors donc que vous rencontrerez une ulcération de quelque étendue et de quelque profondeur chez une chlorotique, chez une femme surmenée, chez un femme vivant dans de mauvaises conditions hygiéniques, adressez-vous d'abord à l'état général et à l'affection d'ensemble de l'utérus qui peut expliquer l'existence de l'ulcération. Plus tard seulement, s'il existait une raison, — raison de convenance toute spéciale, — d'accélérer la cicatrisation de l'ulcération, vous pourrez recourir à des applications médicamenteuses locales. Les topiques liquides réussissent mieux ici que les pommades; et les solutions faibles réussissent aussi bien, sinon mieux, que les solutions plus concen-

trées. Celles de tannin au vingtième, de sulfate de cuivre ou de fer au cinquantième ou au centième, l'eau iodée au millième iodurée au centième, les émulsions étendues de coaltar ou de sève de pin, imbibant un tampon d'ouate laissé dans le vagin contre le col, pendant dix ou douze heures, vous rendront le très mince service que vous attendrez d'elles.

Quant aux ulcérations diathésiques, c'est du traitement général, mercuriel, iodé, alcalin, arsenical, sulfureux, etc. qu'elles sont justiciables. Y a-t-il quelque avantage alors à utiliser la surface de l'ulcération comme surface absorbante ? Je n'y vois aucun inconvénient, au contraire, à la condition cependant qu'on ait toujours recours à des solutions suffisamment étendues pour ne compliquer l'effet médicamenteux d'aucun traumatisme chimique local.

Les ulcérations manifestent un trouble de nutrition qui se traduit souvent d'abord par un autre accident, le *catarrhe*, bien plus incommode que l'ulcération elle-même : c'est à son occasion qu'on vient nous consulter.

A l'état normal, les surfaces muqueuses de l'utérus et du vagin sont le siège de sécrétions d'abondance très inégale.

A la vulve, les glandes vulvo-vaginales, les follicules vestibulaires et péri-uréthraux et les follicules sébacés donnent des produits constamment acides à des degrés divers, et variables comme quantité, suivant les sujets, entre des limites assez écartées.

Le liquide vaginal est-il le produit de sécrétions glandulaires, ou résulte-t-il de phénomènes osmotiques ? — La question n'est pas encore jugée. Il est clair, séreux, sans viscosité, chargé de cellules épithéliales pavimenteuses, acide ; en général, peu abon-

dant. On a noté sa purulence, attribuée à des affections parasitaires : on y a décrit la présence du leptothrix et du trichomonas vaginalis.

Les anomalies des sécrétions vaginales ne sont souvent que l'expression d'un état général qu'il faut s'appliquer à déterminer chez chaque malade. Localement, elles ne réclament que des cosmétiques ; les agents médicamenteux, — astringents, parasiticides doux, — devant être réservés pour les cas de vaginites spécifiques locales.

Les catarrhes utérins nous intéressent davantage.

A l'état normal, l'utérus fournit une sécrétion faiblement alcaline, peu abondante, incolore, fluide pour le corps, épaisse et visqueuse pour le col. Peu abondantes d'une manière générale à l'état normal, ces sécrétions y présentent cependant des variations de quantité appréciables, en rapport avec les vicissitudes fonctionnelles de l'appareil génital.

A l'état pathologique, ces sécrétions se colorent, deviennent muco-purulentes ou purulentes ; certains catarrhes du corps, — les catarrhes diathésiques notamment, — fournissent quelquefois un liquide simplement lactescent sans aucune viscosité.

Lorsque le terrain est préparé par un engorgement ou par un état diathésique, l'intervention d'une cause banale, — refroidissement, excès vénériens, etc., — suffit à amener d'abord une hypersécrétion, à laquelle se joignent bientôt des produits accusant une influence morbide : éléments épithéliaux, globules purulents. Ici, comme presque toujours d'ailleurs, la manifestation pathologique reconnaît deux causes, l'une individuelle, l'autre banale, la première représentant la part du terrain ; la seconde, celle du milieu.

J'aurai bientôt à m'étendre assez sur l'importance des causes organiques pour n'avoir pas à y insister ici; elle amoindrit beaucoup la valeur des indications thérapeutiques qu'on prétendrait tirer de la seule notion des causes banales, et de celles qu'on croirait pouvoir baser sur l'indifférence admise des moyens à employer pour remplir ces indications.

Une fois faite la part du traitement général, le choix des moyens locaux à lui adjoindre devra être surtout décidé par la préoccupation de les faire répondre à des indications doubles. C'est ainsi que certains catarrhes seront heureusement modifiés par les injections tanniques, auxquelles d'autres se montreront réfractaires, tandis qu'ils seront taris par des injections cupriques, ou par des injections iodurées. Le catarrhe utérin ne constitue donc pas une affection définie; et il n'est pas de topique qui convienne indifféremment à tous les cas.

Ces réserves posées, je ne crains plus de vous recommander les topiques dont je me sers le plus volontiers. Dans mon mémoire de 1871, je me louais fort des injections pâteuses de paraffine tannique. Depuis, je les ai à peu près abandonnées, en raison de la difficulté de leur préparation à chaud; le procédé qu'emploie M. Jolly pour préparer à froid mes topiques savonneux permettrait peut-être de les fabriquer plus facilement et mieux. En attendant, je les ai remplacées, avec des résultats moyens au moins aussi satisfaisants, par les injections intra-utérines de savon cuprique ou de savon phéniqué. Les injections de savon ioduré, qui m'ont été très utiles dans d'autres formes de troubles sécrétoires, sont, dans les catarrhes relativement simples qui coïncident avec des engorgements, moins avantageuses que les injections cupriques. Il est enfin des substances que je n'ai pas encore incorporées à mes topiques savonneux, et desquelles

j'attendrais de bons résultats, notamment dans les catarrhes diathésiques : l'oxyde de zinc et le soufre. Si j'ai tardé à réaliser ces topiques répondant à la double indication dont je vous parlais tout à l'heure, c'est que, traitant l'affection principale par des moyens généraux appropriés, je n'ai pas eu besoin de ce renfort. Il n'est cependant pas à négliger, si l'on tient compte de l'opportunité qu'il peut y avoir d'utiliser la cavité utérine comme surface absorbante.

En présence d'un catarrhe utérin, nous rechercherons donc tout d'abord les indications diathésiques. Celles-ci remplies par un traitement général, quelques séances de faradisation auront raison de l'engorgement. Le plus souvent alors le traitement local sera superflu ; on aura raison facilement de sécrétions morbides déjà profondément modifiées et à peu près taries.

Indépendamment des catarrhes, qui représentent une exagération ou une perversion des sécrétions physiologiques, la surface utérine peut être le siège de productions anormales. Pour l'examen sommaire auquel se réduira ce que j'ai à vous en dire, il suffit de distinguer ces productions, suivant leur état physique, en solides, liquides ou gazeuses.

Je vous ai déjà signalé les fibromes sous-muqueux, qui prennent le nom de polypes quand ils sont pédiculés. Vous savez que leur aspect et leur consistance sont très variables. Lorsqu'ils sont sessiles, nous les attaquons par les injections iodurées. Pédiculés, ils sont justiciables de divers procédés chirurgicaux. Sessiles ou pédiculés, on peut faire intervenir contre eux l'électricité, sans que nous ayons pu savoir encore si leur résolution, quand elle a été obtenue, était due à l'électrolyse ou était une conséquence secondaire de la galvanocaustique chimique.

D'autres fois, ces productions cellulo-fibreuses intra-utérines représentent un feutrage plus ou moins dense, rappelant assez bien l'aspect d'une éponge comprimée. Ces tumeurs sont généralement très vasculaires, souvent hémorrhagiques. Il en a été déjà question ici, et je vous ai dit que leurs hémorrhagies étaient sensiblement atténuées par les injections iodurées seules ou additionnées de digitale. Nous nous sommes demandé, sans pouvoir répondre à la question, si leur détachement de la surface utérine, qui s'observe quelquefois spontanément, n'était pas favorisé par les injections cupriques. Ces moyens doivent être appelés à essayer d'éviter une opération mécanique, quand celle-ci n'est pas urgente et présente des difficultés et par conséquent des dangers hors de proportion avec les inconvénients de l'affection à laquelle elle aurait pour objet de remédier.

C'est surtout des productions myxomateuses que je voulais vous entretenir lorsque tout à l'heure je réservais une classe de produits morbides solides. La forme la plus commune répond à ce qu'on a appelé les *polypes muqueux*. On les traite le plus généralement, — quand on les traite, — par le raclage de la cavité utérine, par l'abandon dans cette cavité de caustiques potentiels, du nitrate d'argent notamment, enfin, par la cautérisation actuelle. Ces procédés de traitement sont tous également condamnables, en ce qu'ils font courir aux malades des dangers hors de proportion avec les résultats qu'ils procurent. Il est inutile, pour en obtenir la guérison, de recourir à ces moyens extrêmes; les injections intra-utérines de mes topiques savonneux doivent suffire, et m'ont, en pareils cas, donné des résultats très satisfaisants. L'iodure de potassium

m'a suffi jusqu'ici ; à son défaut, je recourrais volontiers à l'oxyde de zinc, au carbonate de cuivre, ou au chlorate de potasse. Le traitement a l'inconvénient d'être un peu long, de demander plusieurs mois ; mais son innocuité et la promptitude avec laquelle on obtient une amélioration très notable compensent largement ce petit inconvénient.

Faut-il rapprocher des polypes muqueux les *fongus bénins* de l'utérus ? Si l'anatomie pathologique autorise ce rapprochement, la clinique s'en accommodera souvent mal. Il est de ces tumeurs qui, sans présenter les caractères histologiques ni cliniques du cancer, s'étendent néanmoins dans les culs-de-sac, déterminent des adhérences avec la vessie ou le rectum, puis des perforations, et finissent par entraîner la mort comme auraient pu le faire de véritables cancers.

Peut-on s'opposer au développement de ces proliférations anormales? — Il faudrait, pour être en mesure de répondre à la question, que leur histoire clinique et anatomique fût au moins ébauchée, ce qui, je crois, n'est pas encore fait. L'examen clinique ne nous montre pas toujours de différences appréciables entre les productions fongueuses qui doivent guérir et d'autres qui doivent progresser. Le pronostic doit toujours être réservé : vous avez vu ici quelques cas dans lesquels je vous mettais en garde contre des pronostics fâcheux, qui ne se sont heureusement pas trouvés justifiés.

Celui de ces cas qui s'annonçait à première vue comme le plus grave compliquait un fibrome du corps utérin, et a heureusement guéri dès que la diminution de la cavité utérine a annoncé un commencement de résorption du fibrome sous l'influence des injections iodurées. Le même traitement me

donne actuellement des résultats moins prompts et moins nets dans un cas où la production morbide est caractérisée par un développement exorbitant des éléments glanduleux du col, accusé par un déluge de liquide visqueux et à peine purulent. J'ai commencé à y adjoindre des applications topiques vaginales d'eau contenant un 1/100 de teinture d'eucalyptus. Ces applications locales sont-elles utiles? Je l'admets surtout en tant que soins de propreté, mais ne me risquerai qu'avec prudence dans l'adoption de topiques un peu actifs. Il est constant, en effet, que nombre de ces tumeurs manifestent, sous l'influence d'applications caustiques, un accroissement de volume qui se limite ou rétrograde dès qu'on revient à l'usage des topiques anodins. Cela doit-il conduire à renoncer définitivement aux topiques offensifs? — Je ne voudrais pas l'affirmer; mais cela doit conduire à faire entre eux un choix. Dès à présent, on peut condamner le cautère actuel et le nitrate d'argent. Parmi les topiques actifs, il en est un qui m'a donné de très beaux résultats palliatifs dans un cas de cancer du col; c'est le bichromate de potasse; je vous l'indique donc, moins comme bon que comme à essayer.

J'ai le regret de ne pouvoir suivre que très irrégulièrement, la malade n'habitant pas toujours Paris, un cas dans lequel une abondante prolifération polypeuse de la surface utérine coexiste avec cette desquamation muqueuse périodique, généralement très douloureuse, qu'on a décrite sous le nom de *dysménorrhée membraneuse*. Faudrait-il, de cette coïncidence, conclure à une certaine parenté entre les deux affections? — Je ne le crois pas : en dehors du cas que je viens de citer, je n'ai jamais rencontré la dysménorrhée membraneuse qu'à l'état d'isolement.

Je ne vous referai pas l'histoire, encore fort incomplète, de la dysménorrhée membraneuse. Il me suffira de vous rappeler qu'elle est caractérisée par la chute périodique, coïncidant généralement avec une menstruation fort douloureuse, d'une membrane blanchâtre, représentant une exfoliation de la muqueuse utérine. Nous ne savons rien des causes de cette affection menstruelle, qui apparaît à tous les âges, s'est montrée rebelle à la plupart des traitements essayés, et n'aurait cédé qu'aux actions caustiques énergiques. On conçoit que nous manquions de renseignements sur la durée moyenne des traitements, et sur les degrés de persistance des résultats favorables obtenus dans les quelques cas où il en a été obtenu.

Je crois être en mesure de fournir, sur le dernier point, des données un peu plus précises.

En présence des obscurités de l'étiologie, on se défend difficilement de la tendance à rattacher surtout cette forme de desquamation à des conditions diathésiques, et à n'avoir qu'une confiance limitée dans les résultats donnés par les moyens locaux de traitement, ou plutôt à ne croire que difficilement à leur persistance.

Voici un cas de guérison persistante au bout de six ans.

Obs. LXIV. — Un confrère de l'armée, alors médecin à Cherchell (Algérie), m'y présenta une de ses clientes, dame de quarante ans environ, d'une bonne constitution apparente, affectée d'antéflexion utérine en même temps que d'une dysménorrhée membraneuse datant de plusieurs années. A ces accidents, nous opposâmes tous les deux jours une faradisation recto-utérine suivie d'injections de savon ioduré. A mon départ, après un mois environ de traitement, l'amélioration totale était très marquée et une menstruation avait eu lieu, indolore et presque sans rejet de membranes. De retour à Paris, j'envoyai ce qui était nécessaire pour continuer le traitement qui fut régulièrement suivi. Étant retourné dans le pays l'année suivante, je retrou-

vai notre malade « guérie depuis plusieurs mois ». Elle habite aujourd'hui Paris, où j'ai pu savoir, six ans après, que la guérison persistait.

Dans le cas suivant, datant à peu près de la même époque, il ne s'agit plus d'une femme de bonne constitution, mais d'une diathésique rebelle, herpetique ou arthritique, ou les deux à la fois, et d'un traitement irrégulièrement suivi, puisqu'il s'est plusieurs fois écoulé des intervalles d'un an environ sans traitement. Cette observation me paraît intéressante, en raison de sa durée et des renseignements qu'elle fournit sur la valeur du traitement à doses simplement palliatives et sur un mauvais terrain.

Obs. LXV. — Jeune femme d'une trentaine d'années, affectée d'un prurigo rebelle avec alopécie, accidents de goutte articulaire, algique, pelvienne. État général très détérioré. Fibrome utérin. Dysménorrhée membraneuse datant de plusieurs années.

Chez cette malade, j'essayai d'abord contre la dysménorrhée membraneuse les injections savonneuses au chlorate de potasse. Malgré une régularité relative du traitement, le résultat fut à peu près nul; de plus, les injections étaient fort douloureuses.

Renonçant au chlorate de potasse, j'essayai l'iodure de potassium, qui répondait à une double indication. Les résultats furent très satisfaisants. Cependant les mois où les injections avaient manqué les accidents dysménorrhéiques se reproduisaient, un peu amoindris cependant.

Un traitement à peu près régulier d'un mois était suivi de plusieurs mois de répit quelquefois complet. Cependant, après plusieurs mois d'inaction, nous avons des rechutes, cédant, il est vrai, assez facilement, mais non d'une façon définitive.

J'ai un certain nombre d'observations analogues pouvant se résumer ainsi : amélioration rapide, ou même guérison apparente facilement obtenue ; suspension ou cessation du traitement ; rechutes à échéances plus ou moins rapprochées.

Dans un cas auquel je faisais allusion tout à l'heure, le phénomène le plus saillant était le rejet, pendant des menstruations extrêmement douloureuses, de fragments de polypes muqueux. Après les premières injections iodurées, les règles devinrent moins douloureuses et l'expulsion des masses polypeuses devint plus abondante : une fois, à l'état frais, elles remplirent au delà d'un flacon de 60 grammes. Le mois suivant, elles n'étaient plus qu'en très petite quantité mêlées aux pellicules de la dysménorrhée membraneuse, qui finirent par demeurer seules, puis par disparaître, pour reparaître quand le traitement fut tout à fait suspendu à l'occasion d'une fièvre intermittente pour laquelle j'exigeai le déplacement de la malade, dont les conditions hygiéniques d'habitation étaient mauvaises.

Les injections intra-utérines iodurées me paraissent donc jusqu'ici le meilleur traitement local de la dysménorrhée membraneuse, traitement qu'il faut néanmoins poursuivre au delà de la guérison apparente obtenue, si l'on veut éviter les rechutes. Faisant, au début, une injection tous les deux jours, je crois qu'on pourrait, lorsque les membranes ont disparu et que la dysménorrhée n'existe plus, se contenter d'une injection par semaine pendant plusieurs mois pour consolider la cure.

Ce que je vous ai dit précédemment des catarrhes utérins me permettra d'être bref sur ce qui concerne les évacuations liquides. Je ne veux vous entretenir que de l'*hydrométrie.*

On a compris sous ce nom toutes les collections liquides dont la cavité utérine peut être le siège, y comprenant même parfois les collections sanguines, envisageant surtout ces collections au point de vue de la rétention et des indications opératoires qu'entraîne, dans les divers cas, la nécessité de les évacuer. Ce

n'est pas à ce point de vue que j'envisage ici l'hydrométrie, mais comme excrétion liquide différente du catarrhe, et se produisant quelquefois en quantité considérable.

Lorsque cette excrétion séreuse n'est pas enfermée dans l'utérus par une atrésie de ses orifices, mais simplement par un repli muqueux oblitérant passagèrement, du côté du corps utérin, l'orifice cervical interne, il arrive qu'une tentative de cathétérisme ou même simplement le toucher favorise l'issue d'un flot de liquide séreux, qui généralement se reproduit, pour être ou n'être pas retenu.

La lecture des auteurs laisserait supposer que l'occlusion des voies utérines serait la cause de l'accumulation d'un liquide sécrété ou excrété normalement. Je ne crois pas que cette vue soit exacte, mais considère l'hydrométrie comme une production anormale, qui donne lieu à une collection quand les voies d'excrétion sont fermées, mais n'en existe pas moins quand celles-ci sont ouvertes. Le premier cas est ramené au second lorsque, avec le bistouri, avec un cautère galvano-chimique, ou simplement avec un catheter rigide ou non, on a rétabli les communications avec l'extérieur.

L'hydropisie utérine à laquelle on a donné le nom d'hydrométrie quand elle forme collection close, n'est pas absolument commune, et offre un notable intérêt clinique en raison des pronostics trés divers qu'elle comporte indépendamment de l'éventualité de rétention. On a observé à tous les âges des écoulements séreux abondants, qui ne sont pas du catarrhe, et dont la marche n'a pas été, que je sache, étudiée en dehors du cas où ils sont retenus et forment tumeur. Or, ces écoulements sont d'un pronostic tantôt absolument bénin, tantôt tout à fait grave. C'est à la bénignité relative qu'ils présentent dans la plupart des cas

qu'ils doivent de n'avoir pas d'histoire. Mais il faut être prévenu qu'ils sont quelquefois la première manifestation des processus cancéreux. On a bien signalé, comme phénomène de début de ceux-ci, précédant la douleur et n'offrant pas encore d'odeur, des suintements sanguinolents que n'explique encore l'existence d'aucune tumeur appréciable. Or, dans quelques cas, ces suintements sanguinolents sont eux-mêmes précédés d'écoulements séreux plus ou moins abondants, tout à fait inodores, qui peuvent exister un an et plus avant de se tacher de rose. Lors donc que vous rencontrerez ces écoulements séreux d'abondance notable chez des femmes ayant dépassé la trentaine, ne portez pas un pronostic grave, mais réservez-le.

Je ne vous parlerai pas du traitement de l'hydrométrie sans occlusion, de l'hydrométrie qui ne comporte pas d'indications chirurgicales. Celui de l'hydrométrie bénigne rentre dans le traitement des catarrhes. Gagnerait-on quelque chose à appliquer ce traitement aux hydrométries qui représentent la période de début d'une affection cancéreuse? — C'est fort douteux. Je n'opposerais à celles-ci que des moyens topiques anodins, que ceux qui tiennent le milieu entre les agents cathérétiques faibles et les liquides ou pâtes de toilette.

Malgré l'opinion récemment soutenue que les gaz expulsés par la vulve proviennent toujours du vagin, la *Physométrie* existe bien réellement; et des productions gazeuses peuvent s'accumuler dans l'utérus sous une certaine pression, pour en être chassées sous l'influence d'une excitation mécanique quelconque, du toucher ou du coït. Comme pour l'hydrométrie, les conditions qui président à ces excrétions gazeuses n'ont pas été

étudiées de manière à renseigner sur leur étiologie, prochaine ou éloignée. Le cas le plus remarquable de physométrie qu'il m'ait été donné d'observer, appartenait à une tuberculose pulmonaire scrofuleuse. J'en ai rencontré un second chez une hystérique paraplégique. Aucune particularité intéressante n'était à noter dans les autres.

C'est encore, comme pour l'hydrométrie, dans les phénomènes concomitants qu'il faudra chercher les indications thérapeutiques que pourra comporter un cas donné de physométrie. A priori, j'ai peu de confiance dans les moyens locaux, et n'admettrais ici encore que des topiques anodins.

En vous parlant tout à l'heure des évacuations utérines liquides, j'ai passé sous silence les évacuations sanguines. Cette omission était voulue : les hémorrhagies utérines, physiologiques ou pathologiques, ont en gynécologie une importance qui veut qu'on leur fasse une place à part. C'est à elles que je consacrerai la prochaine leçon.

ONZIÈME LEÇON

Des hémorrhagies utérines

SOMMAIRE : La menstruation et les hémorrhagies accidentelles. — Écarts de la menstruation : aménorrhée et ménorrhagies; différence de leur valeur séméiologique. — Caractère critique de l'hémorrhagie menstruelle. — Traitement de l'aménorrhée, des ménorrhagies, des hémorrhagies supplémentaires. — L'aménorrhée des phtisiques doit être traitée.

Métrorrhagies accidentelles; leur coïncidence possible avec les hémorrhagies cataméniales. — La pléthore et son rôle.

Puberté et ménopause. — Limites de la période menstruelle. — Aménorrhée de la ménopause; ses dangers. — Traitement préventif des congestions supplémentaires. — Hygiène de la ménopause. — Ménopause métrorrhagique ; rare et de peu de gravité.

Métrorrhagies banales : traumatiques, de l'endométrite, des périmétrites, des pessaires, des cautérisations, des superpurgations.

Ménorrhagies des flexions. — Des caillots dans les métrorrhagies.

MESSIEURS,

Lorsque nous avons, dans les dernières leçons, passé rapidement en revue les produits secrétés ou excrétés au niveau des surfaces utérines, j'ai réservé l'examen de la plus importante de ces évacuations, de l'évacuation sanguine. Celle-ci ne saurait, en effet, être rapprochée d'aucune autre; et les hémorrhagies jouent dans l'histoire physiologique aussi bien que pathologique de l'utérus, un rôle trop important pour que leur étude n'y soit pas l'objet d'un chapitre spécial.

Lorsqu'après avoir défini les conditions mécaniques prochaines des vicissitudes circulatoires, nous nous sommes demandé quelles en pouvaient être les causes éloignées, nous avons

reconnu que celles-ci étaient multiples, indépendamment même de l'intervention d'un appareil nerveux mis en action par une multitude d'excitations tant centriques que réflexes, tant cérébrales que spinales. Sachant, d'autre part, combien est grande, spécialement dans le corps de l'utérus, la richesse d'un réseau vasculaire flexueux au point d'avoir pu être comparé à un organe érectile, nous ne serons pas surpris de la facilité avec laquelle s'y produisent les hémorrhagies. Les unes, physiologiques ou pathologiques, s'y produisent surtout par mécanisme réflexe ; les autres, liées à l'existence d'altérations organiques, se présentent dans l'utérus avec les mêmes caractères que dans les autres organes; elles y sont seulement plus faciles.

L'hémorrhagie menstruelle, hémorrhagie physiologique, est la plus intéressante au point de vue pathologique : ses écarts nous intéressent en raison des conséquences fâcheuses qu'ils peuvent entraîner, et surtout des états anormaux de la nutrition ou de l'innervation qu'ils contribuent à révéler.

Vous connaissez la théorie qui rattache la menstruation au travail de l'ovulation, la faisant dériver exclusivement de la déhiscence de l'ovule. Cette théorie, universellement acceptée pendant nombre d'années, commence à être regardée comme trop absolue, et il n'est pas douteux qu'elle doive être amendée.

La menstruation a pu, en effet, se produire dans des cas, que diverses catégories d'observations montrent aujourd'hui nombreux, où elle était indépendante de tout phénomène d'ovulation; réciproquement, l'ovulation a été observée dans des circonstances où la menstruation faisait défaut; enfin la coïncidence entre les deux processus, alors qu'ils coexistent, n'est pas nécessairement aussi parfaite que le suppose la théorie. Il n'en

demeure pas moins établi qu'il existe entre les deux phénomènes une solidarité réflexe des moins contestables, solidarité insuffisante toutefois pour que la production de l'un d'eux constitue nécessairement l'impulsion décisive qui déterminera l'apparition de l'autre. Vous savez qu'il est toute une classe d'hémorrhagies non menstruelles pour lesquelles Gubler avait proposé le nom d'*épistaxis utérines*, qui apparaissent dans les conditions pathologiques les plus variées, indépendamment de l'ovulation. Si le mécanisme prochain des hémorrhagies utérines non traumatiques peut être admis comme identique, leur mécanisme éloigné doit donc être regardé comme complexe. Cette dernière vue nous expliquera la variété des influences qu'elles ont en pathologie.

Les écarts de l'hémorrhagie menstruelle peuvent être considérables sans que la santé se trouve nécessairement compromise. Il est des femmes qui se portent bien avec des règles peu abondantes et durant moins d'un jour, d'autres qui peuvent impunément voir abondamment pendant cinq ou six jours. Les unes et les autres doivent cependant être surveillées : ces limites ne sont compatibles avec un état satisfaisant que pendant quelques années. Une perte médiocrement copieuse et durant trois jours représente le type de menstruation le plus désirable. Lorsqu'on s'éloigne notablement de ce type, soit comme quantité, soit comme durée, l'état pathologique est à prévoir.

Sans m'arrêter ici, — j'aurai à y revenir tout à l'heure, — sur la moralité physiologique de l'hémorrhagie menstruelle, je dois vous signaler dès à présent l'intérêt pratique de la direction que vous observerez dans ses anomalies. Je viens de vous dire que les menstruations augmentées ou diminuées, et comme quantité

et comme durée, n'étaient pas toujours incompatibles, et pendant un temps souvent assez long pour se mesurer par années, avec un état général satisfaisant. Tant que les écarts ne sont pas excessifs, c'est la menstruation trop abondante qui compromet le moins l'état général du sujet : les femmes supportent mieux les ménorrhagies que l'aménorrhée.

De même si, au lieu d'envisager la quantité de l'écoulement, on s'attache surtout à sa périodicité, on voit que les règles trop fréquentes sont moins préjudiciables que les règles trop rares. La périodicité normale étant de quatre semaines, les femmes souffrent moins d'une avance habituelle d'une semaine que d'un retard de trois ou quatre jours.

Je ne voudrais pas, Messieurs, que vous vissiez dans ces propositions une affirmation de l'innocuité absolue des ménorrhagies, mais je ne saurais, dans les cas où n'intervient aucune cause d'ordre traumatique, leur refuser une innocuité relative. La question de fait n'est plus douteuse pour moi, et j'y trouve un argument à l'appui d'une ancienne opinion, peu en faveur chez les auteurs modernes : à savoir que l'hémorrhagie menstruelle est souvent, — je dirai même toujours dans une certaine mesure, — une hémorrhagie *critique* dans le sens hippocratique du mot.

Aussi ai-je toujours attaché une grande importance à l'*aménorrhée* et ne l'ai-je jamais laissée sans traitement. C'est de ce traitement que je vous entretiendrai avant d'aborder les quelques autres points de l'histoire des hémorrhagies utérines que j'aurai à examiner ici.

Je ne vous referai pas, à cette occasion, l'histoire des médications emménagogues empruntées au règne végétal, non plus que

de la médication martiale, dont les succès dans nombre d'aménorrhées chlorotiques sont incontestables : nous avons mieux que ces médicaments. Cependant, dans les cas où l'on se trouverait empêché de recourir à l'électricité, en voyage par exemple, on retirera de bons effets des préparations de persil et surtout d'absinthe : la liqueur d'absinthe se trouve partout. Quant aux ferrugineux, que l'on emploie aujourd'hui contre toutes les aménorrhées, j'en évite l'usage, surtout des préparations trop facilement solubles, autant que je puis, même chez les chlorotiques : 1° parce que la plupart des préparations de cet ordre sont avant tout des instruments de gastralgie ; 2° parce que l'absinthe et l'apiol donnent des résultats presque aussi satisfaisants, sinon aussi satisfaisants, même dans les aménorrhées chlorotiques.

Sans méconnaître les services que peuvent rendre dans les aménorrhées l'hydrothérapie et les variations artificielles de pression atmosphérique, nous pouvons regretter que la pratique de ces moyens ne soit pas encore réglementée d'une façon assez précise, et qu'elle laisse une trop large part aux tâtonnements opératoires. Une autre influence physique dont le rôle mériterait d'être étudié est celle de la lumière solaire : chez certaines catégories de malades dont j'aurai à vous entretenir quand nous examinerons la part qui peut revenir, dans les affections qui nous occupent, aux prédispositions diathésiques, le soleil fait bien plus sûrement des globules sanguins qu'aucune préparation martiale.

Mais la médication qui donne les plus beaux résultats contre les aménorrhées modifiables est assurément l'*électricité*. Bien que j'évite le plus possible de vous parler de l'électricité sans

spécifier la forme de l'application qu'elle comporte dans chaque cas donné, je ne crains pas ici l'usage du terme générique : tous les procédés d'électrisation, statique et dynamique, continue ou variable, ont donné contre l'aménorrhée de bons résultats.

La faradisation est toutefois le procédé que je préfère ; la faradisation utérine m'a paru, de plus, préférable aux divers procédés de faradisation généralisée ; enfin, la faradisation utérine immédiate, c'est-à-dire par introduction d'un réophore dans l'utérus, est incontestablement plus efficace que la faradisation médiate, dirigée du sacrum au pubis, dont on est réduit à se contenter chez les jeunes filles.

Dans l'aménorrhée, j'ai recours à des courants d'intensité et de tension modérées se succédant rapidement, appliqués pendant cinq à dix minutes.

Voici quelques observations.

Obs. LXVI. — *Aménorrhée. — Incontinence d'urine. — Faradisation utérine médiate. — Guérison.* — Une fille robuste, de vingt ans environ, m'est amenée pour une incontinence nocturne d'urine ayant débuté à une époque qu'elle ne peut préciser, mais qui est postérieure à sa venue à Paris, il y a cinq mois.

Depuis cinq mois, elle n'a vu ses règles que deux fois. La dernière menstruation a eu lieu il y a environ un mois.

Faradisation sacro-pubienne les 15 et 17 avril 1861. Les règles arrivent le 19. Dès après la première séance, l'incontinence d'urine avait cessé ; elle ne s'était pas reproduite quinze mois après. La menstruation avait repris son cours régulier.

Deux ans après, la malade continuait à aller bien ; les accidents pour lesquels elle avait réclamé mes soins n'avaient pas reparu.

Obs. LXVII. — *Aménorrhée. — Chlorose. — Gastralgie. — Faradisation utérine médiate. — Cessation de l'aménorrhée et de la gastralgie.*

Mlle G..., vingt ans. Chlorose et gastralgie traitées avec de bons résultats par les ferrugineux et une prise de rhubarbe tous les jours.

Plus tard, fièvre typhoide, à la suite de laquelle les règles ne viennent qu'en très faible quantité et tous les trois mois seulement. Retour de la gastralgie et douleurs dans les jambes sans atrophie ni paralysie.

Lorsque ces accidents ramenèrent chez moi la malade, ses dernières règles remontaient à deux semaines.

7, 10, 14, 17, 21 et 23 mars 1861, faradisation lombo-sus-pubienne.

La gastralgie avait notablement diminué dès les premières séances.

Règles le 18, un peu plus abondantes, sans douleurs.

Faradisation lombo-sus-pubienne les 18, 21, 25 et 28 avril. Cessation complète de la gastralgie à partir du 18.

Règles le 1er mai, *ut suprà.*

J'ai revu cette malade en avril 1863, à l'occasion d'une fièvre intermittente. La gastralgie était revenue, moins violente, depuis trois mois. La menstruation est toujours régulière, mais la quantité des règles a diminué depuis près d'un an.

Ici, une hémorrhagie supplémentaire a cessé.

Obs. LXVIII. — *Aménorrhée. — Hémoptysies. — Faradisation. — Retour des règles.*

Mlle L..., âgée de dix-sept ans, entre le 19 mars 1862 à l'hôpital de la Pitié, salle Sainte-Geneviève, n° 28, pour une fièvre continue. A cette époque, elle avait cessé d'être réglée depuis huit mois, avait perdu l'appétit, et vomissait depuis quinze jours tous ses aliments. Plusieurs fois elle a perdu connaissance ; mais elle ne peut fournir aucun renseignement sur les circonstances dans lesquelles cet accident lui est arrivé. Cette malade a de l'embonpoint ; mais la consistance de ses chairs rappelle celle du sclérème.

Depuis, l'appétit lui est revenu ; les vomissements sont rares ; une hémoptysie qui a duré huit jours a cessé spontanément le 30 avril. Avant l'entrée à l'hopital, des sangsues avaient été appliquées à la partie interne des cuisses dans le but de faire cesser l'aménorrhée.

L'utérus est extrêmement petit. Il existe un peu d'antéversion avec latéroversion droite. Lorsqu'est survenue l'aménorrhée, Mlle L... n'avait encore été réglée que deux fois.

Du 2 au 19 mai, sept séances de faradisation recto-abdominale. Persistance de crachements de sang et de vomissements survenant de temps en temps.

Règles le 20 mai. Du 29 mai au 11 juin, cinq séances de faradisa-

tion recto-abdominale. Dans cet intervalle, les hémoptysies continuent; mais la quantité de sang expectoré est considérablement diminuée.

Règles le 11 juin; cessant le 12 au soir, un peu plus abondantes que la dernière fois.

Après être restée une semaine sans vomir et sans cracher le sang, Mlle L..., qui a repris des forces, demande sa sortie le 16 juin.

Le fait de la cessation d'hémorrhagies supplémentaires par production d'hypérémies utérines est plus net dans le cas suivant :

OBS. LXIX. — *Toux continuelle depuis plus de cinq ans. — Hémoptysies. — Engorgement et abaissement de l'utérus. — Catarrhe. — Faradisation. — Guérison rapide de la toux et des hémoptysies.*

Mme B..., 27 ans, a eu, il y a six ans, une couche longue et difficile dans laquelle le col utérin a largement éclaté dans tous les sens. Le rétablissement a été très lent : au bout de six mois, Mme B... pouvait à peine marcher. Depuis ce temps, elle tousse sans interruption, et est traitée depuis cinq ans comme phtisique. Elle a eu plusieurs hémoptysies, souvent abondantes : depuis deux ans, j'en ai vu trois. L'état général semblait si bien justifier le diagnostic porté, que les doutes qui me sont venus à cet endroit sont nés de ce qu'ayant été depuis plusieurs années frappé de l'état de cette malade, j'arrivai à me dire que si elle était phtisique elle eut dû succomber depuis longtemps.

Lorsque Mme B... s'adressa à moi, en mai 1870, je trouvai, du côté de la poitrine, la respiration courte, l'inspiration un peu rude partout, l'expiration pas sensiblement prolongée; il n'existait nulle part de la matité; les bruits du cœur étaient normaux.

Du côté de l'utérus : abaissement très marqué et engorgement considérable; pas de déviation. Règles toujours en retard, en très faible quantité; pas de dysménorrhée. Col sain; catarrhe utérin d'abondance médiocre.

Du 2 au 6 mai 1870, 5 séances de faradisation abdomino-utérine. La malade ne tousse presque plus.

Règles le 6 mai, plus abondantes que de coutume, durant quatre jours.

Les 17, 20, et 24 mai, faradisation abdomino-utérine. La toux est un peu revenue du 18 au 20.

Règles le 30 mai, durant dix jours, abondantes pendant six, avec douleurs de reins et fièvre (?). Persistance de la leucorrhée.

14 juin. Faradisation abdomino-utérine; injection intra-utérine du crayon mou au tannin. Toujours pas de toux.

Le 17, amygdalite gauche, angine pharyngée, douleurs d'oreilles, chute de la luette.

Le 22, faradisation abdomino-utérine; injection intra-utérine au tannin ; excision de la luette. La toux n'avait pas reparu.

Règles le 28 juin et le 30 juillet, médiocrement abondantes ; puis le 31 août, peu abondantes et durant un jour seulement.

8 septembre. Mme B.. n'a pas toussé depuis le mois de mai. Son état est devenu très satisfaisant. La leucorrhée est redevenue ce qu'elle était au commencement du traitement; l'engorgement existe toujours, ainsi que l'abaissement qui est seulement un peu moindre. Faradisation abdomino-utérine; injection du topique au tannin.

Je comptais reprendre le traitement, au moins jusqu'aux règles d'octobre, à raison de deux séances de faradisation par semaine, lorsque la perspective du siège de Paris a décidé Mme B... à se retirer en province.

28 octobre 1871. Après être restée deux mois sans règles, a vu un peu le 1er. A recommencé à tousser un peu depuis six semaines; — souffre dans l'hypochondre gauche depuis trois mois ; — pas de leucorrhée apparente ; — pas de nouvelles hémoptysies.

Latéroflexion gauche, dans laquelle la partie du corps supérieure à la flexion forme sur la face latérale une tumeur ferme.

20, 21 et 24 octobre. Faradisations vésico-utérines. Beaucoup de leucorrhée; toujours douleur dans le côté, moins mal aux reins. Tampon digitale. Abcès ?

26. Depuis deux jours, fièvre; gêne de tout le côté. La douleur a cessé ce matin subitement; en retirant le tampon, la malade s'est sentie mouillée par un écoulement purulent abondant.

Règles le 2 novembre, très peu abondantes mais durant 6 jours.
9 novembre 71. Fièvre tous les soirs; toux *férine*, qui n'a aucune ressemblance avec l'ancienne, augmentée par l'exercice. La tumeur sus-cervicale gauche, qui persistait presque intacte au dernier examen, malgré l'ouverture de l'abcès, est effacée aujourd'hui. Il reste un peu d'antéflexion sans antéversion, avec prolongation du sillon sur la partie gauche du col.

La faradisation utérine a été encore pratiquée trois fois, du 11 au 13 novembre 1871 ; puis, interrompue en raison d'une fièvre intermittente du type classique.

Je n'avais pas revu cette malade depuis plus de dix ans, lorsque je la rencontrai le 28 mai 82. Elle paraissait alerte et fort bien portante, et me dit n'être pas revenue parce que, depuis dix ans, sa santé ne laissait rien à désirer : la toux n'avait plus reparu, non plus que les hémoptysies, et Mme B. faisait face, sans fatigue, à des occupations qui l'obligeaient à rester debout toute la journée.

Dans les deux observations suivantes et dans quelques autres cas qui en seraient l'exacte répétition, la faradisation utérine a fait cesser des accidents qu'on pouvait regarder comme liés à l'absence de la menstruation, bien qu'elle n'ait pas provoqué le retour des règles.

Obs. LXX. — *Ménopause. — Étouffements. — Faradisation utérine. — Cessation de la dyspnée.*

Mme F. X..., quarante-neuf ans, a eu deux enfants. Depuis deux ans elle ne voit plus. De temps en temps survient une dyspnée combattue jusqu'ici avec succès par la saignée générale. Quatre saignées ont été faites depuis deux ans.

Lorsqu'on m'appela, me demandant une saignée que je refusai, il y avait, depuis vingt-quatre heures, une dyspnée extrême, avec privation absolue de sommeil; la malade ne pouvait, malgré de nombreux oreillers, rester longtemps au lit; elle se promenait à chaque instant dans sa chambre, soutenue par deux personnes. Antéversion. Faradisation recto-utérine. Soulagement immédiat, suivi, au bout d'une heure environ, de la cessation complète des accidents. Nouvelle séance le surlendemain. Six mois après, la dyspnée n'avait pas reparu. J'ai perdu cette malade de vue depuis.

Obs. LXXI. — *Palpitations. — Dyspnée. — Chlorose. — Aménorrhée. — Faradisation médiate. — Amélioration de l'état général sans retour des règles.*

Mme D..., vingt-deux ans. Chlorose type : souffle cardiaque et carotidien; palpitations continuelles; dyspnée au moindre mouvement; migraines fréquentes. Les règles se sont supprimées il y a cinq ans, à la suite d'une émotion, et n'ont pas reparu depuis. Mme D... est mariée depuis trois mois.

L'utérus est pesant et abaisssé sans déviation. La faradisation médiate (lombo-sus-pubienne) est pratiquée douze fois du 21 août

au 5 octobre 1860. Dès les premières séances il y a amélioration évidente de l'état général : la pâleur diminue, ainsi que les palpitations et la dyspnée. Mme D... qui jusque là s'était mal trouvée du séjour à la campagne, y va passer quelque temps et s'en trouve parfaitement. Mais les règles n'étaient pas revenues. La crainte de provoquer un avortement au début d'une grossesse possible, crainte que j'avais alors et que je n'aurais plus aujourd'hui, me fit conseiller la cessation du traitement.

J'ai su, à la fin de 1862, que les règles n'étaient pas revenues et que la guérison ne se maintenait pas.

L'observation suivante, portant sur une phtisique, offre un autre type d'aménorrhée, sur lequel je tiens à appeler votre attention en raison de l'intérêt qu'il offre au point de vue d'indications thérapeutiques dont l'opportunité pourrait être matière à discussion.

Obs. LXXII. — *Aménorrhée. — Epistaxis. — Vertiges. — Gastralgie. — Faradisation utérine. — Guérison.*

Mlle X..., dix-neuf ans. Réglée à quinze ans et demi, a cessé de voir depuis treize mois. La mère de la malade est morte phtisique à vingt-quatre ans ; mademoiselle X... a craché le sang.

Epistaxis tous les jours depuis deux mois. Céphalalgie habituelle avec vertiges. Gastralgie. Leucorrhée.

29 octobre 1862. Première séance de faradisation lombo-sus-pubienne. Après cette première séance, il n'y a plus eu d'épistaxis ; la tête s'est trouvée plus libre et la gastralgie a rapidement guéri.

Deuxième séance le 31 octobre. Treize séances en novembre.

Retour des règles le 30 novembre ; elles sont très peu abondantes, peu colorées, et durent deux jours seulement. Cessation de la leucorrhée.

Sept séances de faradisation du 8 au 23 décembre. Règles le 24 décembre ; elles durent trois jours, un peu plus abondantes que le mois précédent.

Une séance le 5 janvier. Le traitement est alors suspendu. Les règles reviennent le 16, encore un peu plus abondantes.

Retour des règles le 17 février, en quantité et avec coloration normales.

Mai 1863. Mlle X... est toujours bien réglée, et se porte parfaitement.

Novembre 1863. Toux continuelle, crachats nummulaires, sueurs nocturnes, amaigrissement, perte des forces. Tuberculose du sommet droit, à la période de ramollissement. Les règles persistent; mais très peu abondantes.

Quitte Paris à cette époque. Morte phtisique, dans son pays, au commencement de 1864.

Voilà une jeune fille qui nous est arrivée en mauvais état et avec des antécédents fâcheux. On a traité exclusivement l'aménorrhée pendant deux mois; la santé générale s'est rétablie progressivement et vite : cinq mois après la cessation du traitement elle semblait parfaite, et ce n'est que quatre ou cinq mois plus tard que la phtisie se manifeste par ses symptômes habituels, phtisie galopante qui détermine la mort en peu de mois.

Quel a été ici le résultat du traitement? — Cette observation isolée ne suffirait pas pour le décider et pour permettre d'asseoir des indications.

L'opinion a été émise que l'aménorrhée des phtisiques était salutaire en leur épargnant des pertes de sang qui ne pourraient qu'ajouter aux éléments de débilitation qu'elles portent en elles ; à ce titre, on devrait la respecter.

Je ne saurais me rallier à cette manière de voir, contre laquelle témoignent les bons effets immédiats que je crois avoir constamment obtenus des tentatives faites pour rappeler les règles, que ces tentatives aient ou n'aient pas abouti.

Dans le cas dont la relation précède, l'amélioration, très prononcée, a été de courte durée, de dix mois peut-être, après lesquels la reprise de l'évolution tuberculeuse s'est manifestée avec une rapidité exceptionnelle. On pourrait se demander si la

guérison de l'aménorrhée n'a pas été pour quelque chose dans la violence de la reprise du processus morbide ; si, abandonnée à elle-même, la malade n'eut pas vécu plus longtemps? — A priori, on ne voit pas bien comment il en pourrait être ainsi; on regretterait plutôt de n'avoir pas suivi la malade de plus près, de l'avoir perdue de vue au bout de deux mois, et de n'avoir pas eu occasion de remplir les indications ultérieures à mesure qu'elles ont surgi. Cependant, ce cas pourrait donner à réfléchir s'il était unique, et si je n'avais eu l'occasion de traiter l'aménorrhée chez quelques autres phtisiques qui s'en sont toujours bien trouvées, au moins pour quelque temps. Ne voyant que par accident et passagèrement de ces sortes de malades, je ne saurais conclure à leur endroit avec une autorité suffisante; mon impression est pourtant qu'en traitant leurs aménorrhées on leur procure constamment un meilleur sommeil, et qu'on écarte pour un temps, souvent dans une mesure très notable, les éventualités de congestions thoraciques.

Aussi, suis-je d'avis qu'on doit traiter par la faradisation utérine l'aménorrhée des phtisiques, alors même qu'on n'espérerait pas la faire cesser : les bons effets de cette pratique existent indépendamment de l'obtention du résultat qu'elle poursuit.

L'importance de l'aménorrhée n'est plus contestable, qu'elle soit d'origine locale entraînant des effets généraux, ou qu'elle soit l'expression locale d'états généraux dystrophiques ou nerveux ; l'utilité de la traiter dans l'un et l'autre cas ne l'est pas davantage ; enfin l'efficacité du traitement électrique me paraît bien établie, soit qu'il fasse disparaître le symptôme, soit que la dérivation produite par l'hyperémie pelvienne qu'il détermine empêche le retentissement de l'aménorrhée sur les centres de réflexes utérins.

Devons-nous accorder la même importance aux ménorrhagies? — Je ne le crois pas.

Et tout d'abord faisons la part de ce qu'il convient de regarder comme des ménorrhagies.

Nous n'y comprendrons pas les hémorrhagies traumatiques, et au nombre de ces dernières il faut ranger celles qui, sous l'influence de la fluxion menstruelle, se produisent dans un organe prédisposé aux hémorrhagies par une altération organique, notamment par l'existence de fibromes. Suivant que l'altération organique, que le traumatisme spontané sera plus ou moins marqué, nous aurons des hémorrhagies accidentelles ou des ménorrhagies ; les deux variétés appartiennent à un même ordre et réclament le même traitement.

Ce traitement paraît au premier abord ne pas différer de celui que nous appliquons aux aménorrhées : c'est encore la faradisation utérine. Toutefois, les conditions en sont un peu différentes : au lieu de séances longues, — de 5 à 10 minutes, — avec des courants de tension moyenne et d'intensité doucement croissante, il convient ici d'employer des courants de moins de tension, d'une intensité plus rapidement croissante, et de donner aux applications une moindre durée ; — 2 à 3 minutes suffisent. Ces applications pourront utilement et sans inconvénient être répétées à des intervalles aussi rapprochés qu'il sera indiqué. Tandis que dans l'aménorrhée on fait les séances quotidiennes, comptant sur les réactions circulatoires, on peut, dans la ménorrhagie, où l'on compte surtout sur l'action musculaire immédiate, répéter les séances plusieurs fois par jour.

Les ménorrhagies sont, au moins le plus souvent, symptomatiques d'une affection organique.

En est-t-il qui reconnaissent une autre étiologie? Est-il des ménorrhagies qu'on eût, il y a peu d'années encore, appelées « essentielles » ?

Il serait difficile de le démontrer; je crois néanmoins pouvoir l'affirmer.

Les hémorrhagies ne sont plus divisées en essentielles et symptomatiques — *essentielles* ne veut plus rien dire depuis qu'on admet qu'en pathologie aussi il n'y a pas d'effet sans cause. Toutes les métrorrhagies sont donc symptomatiques. S'il en était autrement, les plus « essentielles » seraient les traumatiques.

Une distinction répondant à des vues cliniques diviserait les hémorrhagies en *banales* et en *critiques*. Les hémorrhagies banales étant les hémorrhagies traumatiques, obstétricales, ou liées à des altérations organiques durables, les hémorrhagies critiques seront celles précédées d'un molimen congestif, qu'elles *jugent*.

Il est, en dehors des règles, des hémorrhagies utérines dans lesquelles le symptôme local n'est que la conséquence d'un processus éloigné, hémorrhagies précédées d'un molimen et suivies d'une détente, hémorrhagies critiques. Certaines se produisent, comme phénomènes accidentels, au cours ou sur le déclin des maladies générales aiguës, notamment des fièvres éruptives. Je ne m'y arrêterai pas, parce qu'elles sortent du cadre de nos études; qu'elles se produisent par l'utérus comme elles feraient par une autre surface, n'offrant ici rien de particulier; parce que je n'ai rien à ajouter à ce qu'en a dit Gubler dans une étude où il en a assez heureusement souligné le caractère en les appelant des épistaxis utérines; parce que surtout elles ne comportent aucune indication thérapeutique.

On peut observer ces épistaxis utérines dans les circonstances étiologiques les plus vulgaires.

Vous savez quelles susceptibilités présentent certains arthritiques pour des aliments déterminés : les moules, le frai de poisson, les crevettes, les fraises, le laitage même. Chez une arthritique de mes clientes, qui offrait à un degré remarquable ces susceptibilités gastriques, assez vagues d'ailleurs, j'ai vu à diverses reprises des erreurs de régime légères et mal définies être suivies à une heure d'intervalle environ de crises d'urticaire s'accompagnant bientôt de violentes douleurs abdominales; le tout était jugé au bout de deux ou trois heures par une épistaxis utérine tout à fait indépendante de la menstruation, qui était régulière et modeste. Rien ne subsistait le lendemain matin que la fatigue d'une nuit de pénible insomnie.

Ces épistaxis utérines ne pourraient-elles se produire chez certains sujets de préférence aux époques menstruelles, sous l'influence de conditions habituelles étrangères à l'appareil génital, et qui viendraient apporter au molimen physiologique un renfort capable de tranformer assez régulièrement la menstruation en ménorrhagie? Il me semble infiniment probable que cette question doit être résolue par l'affirmative.

Les ménorrhagies ne peuvent-elles enfin traduire une disposition générale hémorrhagique? Dans l'observation suivante, elles avaient fini par être accompagnées d'épistaxis et d'hémoptysies.

Obs. LXXIII. — *Ménorrhagies. — Epistaxis. — Hémoptysies. — Faradisation utérine. — Cessation des hémorrhagies.*

Mme L. C..., âgée de vingt-neuf ans, nullipare, est sujette à des

ménorrhagies abondantes. Palpitations depuis plusieurs années, devenues de plus en plus fréquentes. Depuis un mois environ, syncopes presque tous les jours; quelquefois plusieurs dans un jour. Depuis le même temps, épistaxis nombreuses et plusieurs hémoptysies. Anémie très prononcée. Pas d'autre anomalie dans les bruits du cœur, quand la malade est calme, qu'un peu de souffle au premier temps. Gastralgie.

La quantité excessive des règles et leur presque continuité me conduisent à faradiser l'utérus. Antéversion avec antéflexion légère. Col sain, petit, fermé. Leucorrhée abondante.

9 juillet 1861. Faradisation lombo-sus-pubienne.

12 et 22 juillet. Faradisation recto-sus-pubienne. Les palpitations ont un peu diminué; il n'y a eu, depuis le début du traitement, ni épistaxis, ni hémoptysies.

24 juillet. Faradisation lombo-sus-pubienne.

Règles le 28 juillet, abondantes pendant deux jours, moins abondantes les trois jours suivants. Quelques coliques utérines.

14 août. Pas de palpitations depuis dix jours. Faradisation recto-sus-pubienne.

21 août. Faradisation recto-sus-pubienne.

Règles le 23, un peu douloureuses, abondantes encore, arrêtées au bout de deux jours par une injection d'eau froide, sans qu'il en résulte d'accident.

9 septembre. Faradisation recto-sus-pubienne.

Règles le 17 septembre, douloureuses, d'abondance moyenne.

30 septembre et 6 octobre. Faradisation recto-utérine. Cessation du traitement; l'état de madame L. C... est satisfaisant.

Une couche heureuse en juin 1863. Tout va très bien depuis.

Nouvelle couche en 1866. Accouchement naturel facile. Après la sortie du fœtus, hémorrhagie. Faradisation sacro-sus-pubienne; arrêt de l'hémorrhagie. Délivrance deux heures après.

J'ai souvent, depuis, revu madame C., dont la santé actuelle ne laisse rien à désirer.

Ici, la médication employée avait pour objet, — au risque d'augmenter les ménorrhagies — d'opérer une dérivation qui fît cesser les hémorrhagies nasales et pulmonaires. Je n'insiste pas sur le mécanisme, vraisemblablement plus complexe, du résultat obtenu : le traitement a évidemment opéré sur

des conditions dont il n'avait pas été tenu compte dans son institution.

A l'occasion des hémorrhagies critiques survenant en dehors de l'état fébrile, je dois m'arrêter sur un point d'étiologie au sujet duquel il y aurait peut être lieu de rectifier une opinion courante : celle relative à la pléthore sanguine comme cause d'hémorrhagies.

La première question à se poser serait : qu'est-ce que la *pléthore*? — Les travaux modernes d'hématologie n'ont pas contribué à préciser le sens de ce mot, qui, pour nos anciens, représentait une augmentation de la masse du sang, s'accusant surtout par la coloration générale des téguments et la dureté du pouls.

Il nous paraît aujourd'hui difficile d'admettre un état pathologique ou de prédisposition morbide limité à une augmentation de la masse du sang : cette condition, si elle pouvait exister isolément, se traduirait par une augmentation de la pression vasculaire et aboutirait à de la diurèse. La coloration des téguments nous représente surtout un défaut de tonicité de l'innervation ganglionnaire. La dureté du pouls, plus délicate à interpréter, se rencontre surtout chez les rhumatisants, ou au moins chez certaines catégories d'arthritiques.

Si les caractères assignés autrefois à la pléthore ne peuvent servir à la définir, en raison de la part d'interprétation défectueuse qu'ils comportent, si nous ne sommes pas actuellement en mesure d'en préciser les conditions organiques et d'en tirer une définition acceptable, la pléthore reste cependant un état reconnaissable à une sorte de signalement. Réaliserait-elle, comme on l'a toujours cru, une prédisposition aux conges-

tions, et même aux hémorrhagies? — L'observation traditionnelle porterait à l'admettre. Nous savons cependant à n'en pas douter que l'anémie, — sous certaines formes au moins, — constitue une prédisposition des plus marquées aux congestions locales; j'ajouterai : aux hémorrhagies.

Les pléthoriques, — car on rencontre des sujets qui répondent au signalement qui en a été donné, — sont-elles plus rares aujourd'hui qu'autrefois? Il ne me répugnerait aucunement de l'admettre. Quoi qu'il en soit, si elles sont rares ici, si elles ne sont pas communes dans la pratique privée, on en retrouve çà et là : or, je n'ai pas rencontré chez celles qu'il m'a été donné d'observer de tendance aux hémorrhagies imputable à cette cause générale; il ne m'a pas semblé que chez elles la menstruation fût plus abondante. Je crois même que la pléthore des anciens représentant une affection générale du système vasculaire, l'appareil vasculaire de l'utérus s'y montre d'habitude moins compromis que celui de certains autres organes.

Il est deux époques de la vie de la femme où la manière d'être des hémorrhagies utérines présente un intérêt spécial: je veux parler de la puberté et surtout de la ménopause.

Vers un âge qui, dans nos climats, varie généralement entre douze et quatorze ou quinze ans, la menstruation s'établit, quelquefois régulière d'emblée, le plus souvent à intervalles plus éloignés que l'intervalle normal de quatre semaines. Tantôt, le sang apparaît sans que des malaises bien appréciables en aient annoncé l'écoulement; tantôt cet écoulement est précédé de lassitude, de maux de tête, d'un peu d'oppression, de phénomènes gastralgiques; tantôt enfin ce molimen de la crise existe sans que l'écoulement qui devrait y mettre fin se produise.

Dans les cas de menstruation simplement irrégulière ou laborieuse, il est d'usage de s'abstenir de toute intervention, ou de se contenter de prescrire des pédiluves chauds, simples ou sinapisés. C'est un tort : du moment que l'écoulement a de la peine à s'établir, il se forme derrière lui une congestion, dont, nous le savons, il restera toujours quelque chose.

On voit moins d'hésitation en présence des cas où le molimen s'accusant par quelques-uns des symptômes que je vous signalais tout à l'heure, l'hémorrhagie ne s'établit pas. Aux petits moyens anodins on ajoute alors la prescription des emménagogues, quelquefois l'application de quelques sangsues à la partie interne des cuisses. Les emménagogues sont en situation, sous réserve d'un choix à faire entre eux ; je vous ai dit mes préférences pour l'absinthe. Quant aux applications de sangsues, je les considère comme une mauvaise pratique. S'en sert-on pour exercer un appel, pour provoquer une congestion à tergo ? — Les ventouses sèches atteindraient ce but. Compte-t-on, au contraire, sur la déplétion locale momentanée qu'elles déterminent, pour faire cesser une congestion qui serait la cause des symptômes réflexes observés ? — Je crois que, dans ce cas surtout, on se tromperait ; qu'elles augmenteront plutôt qu'elles ne la diminueront la congestion voisine, sans arriver toujours à l'accentuer suffisamment pour en faire une cause immédiate suffisante d'hémorrhagie utérine.

Je recommande donc contre l'établissement difficile de la menstruation l'usage des emménagogues, — parmi lesquels la faradisation locale tient le premier rang, — et repousse formellement les émissions sanguines.

Le mode de cessation de la menstruation offre les mêmes

variations que son établissement. Quelquefois une époque vient à manquer, et la suppression est définitive. C'est l'exception. D'autres fois la régularité des retours est seule affectée: la cessation complète n'a lieu qu'après trois ou quatre époques dont chacune présente, sur la date que voudrait l'époque précédente, un retard qui varie d'une ou deux semaines à trois ou quatre mois, ou plus. Dans ces cas, la quantité de l'hémorrhagie se montre variable : ordinairement diminuée, quelquefois augmentée. D'autres fois, enfin, les époques se rapprochent; l'abondance de la perte augmente; ou bien même elle devient continue avec des exacerbations irrégulièrement périodiques.

Avant de rechercher quelles indications peuvent découler de chacune de ces formes de ménopause, je dois vous signaler un point auquel on a attaché une importance que je crois exagérée: celui de l'âge auquel se produisent les irrégularités menstruelles présages de la suppression des règles.

En présence de ces irrégularités, on pose souvent la question de savoir si elles représentent un accident dont on doive rechercher la cause pour la combattre, ou si elles répondent au début d'une crise physiologique qui devrait être respectée, au moins dans une certaine mesure. C'est à cette occasion qu'on se demande quelle est la date moyenne de la ménopause, e quelles conditions pourraient en faire prévoir les écarts. Ceux-ci vont de trente à cinquante-cinq ans. Quant à la notion de l'âge moyen, — c'est quarante-cinq ans qu'on admet, nous admettrions un peu plus, — elle n'est d'aucune utilité. C'est d'après la date du début de la menstruation qu'on cherche à prévoir quelle pourrait bien être celle de sa cessation.

On admet généralement que les femmes qui ont commencé à

voir tard perdent tard, tandis que celles qui ont été réglées de bonne heure cesseront de voir de bonne heure. C'est là, à mon avis, une opinion tout à fait erronée, fondée sur ce préjugé que la durée de la période menstruelle serait sensiblement la même chez toutes les femmes. Or, c'est le contraire qui est exact. Selon que les femmes sont plus ou moins richement « titrées en sexualité, » cette période d'activité génitale est longue ou courte. Aussi les femmes qui ont été réglées de bonne heure sont-elles celles qui perdent le plus tard, et inversement.

En dehors de cette donnée générale, les questions portant sur la date de la puberté ne peuvent renseigner que sur des conditions d'organisation d'ensemble encore obscures, dans lesquelles la précocité de l'évolution ou son retard, les diathèses, les idiosyncrasies, jouent un rôle qu'il serait prématuré de prétendre fixer actuellement.

Quoiqu'il en soit de ces appréciations des limites de la période menstruelle, je les crois aujourd'hui sans intérêt pratique. C'est dans la situation actuelle que nous cherchons nos raisons d'agir ou de nous abstenir; et cette situation comporte ici les mêmes interprétations ou peu s'en faut que celles que comportent les anomalies du début.

Les écarts sont de deux ordres : par défaut ou par excès.

Les écarts par défaut, — suppressions, retards, quantité très diminuée, — doivent nous conduire à interroger l'état général du sujet et les symptômes en rapport avec le fonctionnement des organes dans lesquels se produisent le plus facilement ce que je serais tenté d'appeler des « congestions supplémentaires ». Alors que la déplétion par la crise menstruelle vient à cesser, nous assistons assez souvent à des malaises qui rappel-

lent les symptômes de la chlorose. Mais ici les indications thérapeutiques sont plus pressantes : les congestions vers la tête et vers la poitrine donnent lieu, ce qui ne s'observe pas chez les jeunes sujets, à des hémorrhagies cérébrales ou pulmonaires. J'ai publié autrefois une observation que j'avais faite au début de ma carrière, de huit cas d'apoplexie pulmonaire observés en six mois chez des femmes en travail de ménopause. Cette série ne s'est pas reproduite, et je n'ai plus rencontré de cet accident que des exemples éloignés.

Faut-il conclure de là que la ménopause mérite la mauvaise réputation qu'elle a chez les femmes, réputation entretenue, il faut bien le dire, par des médecins qui trouvent commode de mettre sur le compte d'une évolution fatale les accidents dont ils renoncent à se rendre maîtres? — Je ne le pense pas, à la condition de surveiller chez les femmes qui ont passé la quarantaine l'appareil circulatoire, et spécialement les circulations pulmonaire et cérébrale. Il faudra tenir compte en même temps de l'état constitutionnel, et diriger en conséquence le régime de vos malades : les cas d'apoplexie pulmonaire que je vous rappelais tout à l'heure se sont produits surtout chez des arthritiques; je ne l'ai jamais oublié, et crois que quelques-unes de mes clientes ont dû bien s'en trouver.

Quant aux indications fournies par les symptômes céphaliques ou thoraciques, elles se résument en ceci : traiter l'aménorrhée de la ménopause comme celle de la puberté ; le traitement est le même, l'indication en est seulement plus pressante. En tout temps, si des symptômes congestifs se manifestent, on faradisera l'utérus, médiatement ou mieux immédiatement, — dans la semaine ou la décade qui précède le jour où apparaîtraient les règles si la menstruation persistait, —

deux ou trois fois à quarante-huit heures d'intervalle s'il n'y a pas de symptômes menaçants, tous les jours jusqu'à cessation de ceux-ci s'il en était autrement. Comme je vous l'ai déjà dit à l'occasion du traitement de l'aménorrhée, les séances devront être longues, c'est-à-dire durer de cinq à dix minutes.

Avec ces précautions, si la menstruation fait défaut ou est insuffisante, nous ferons traverser sans encombre à nos clientes une période de la vie qui vaut mieux que sa réputation.

Je vous parle là d'une « période de la vie » ; cela peut paraître tout d'abord une exagération dans l'expression. Pour quelques cas rares où la menstruation cesse insensiblement sans réactions et sans congestions supplémentaires, l'expression est en effet forcée. Mais ces cas sont l'exception, et, *de quelque façon que se dénoue la phase d'excrétion menstruelle*, que ce soit par défaut ou par excès, par aménorrhée ou par métrorrhagies, elle représente une crise qui, bien que souvent bénigne, est toujours de longue durée. Les malaises que je vous signalais comme symptomatiques de la crise confirmée précèdent quelquefois d'assez loin la suppression de la menstruation, mais surtout ils lui survivent pendant plusieurs années. Il n'est pas rare que la durée totale de la crise soit d'une dizaine d'années.

Sans vouloir prétendre que les femmes doivent être durant tout ce temps soumises à un entraînement rigoureux, il est important, dans les soins à leur donner durant cette période à l'occasion d'une affection quelconque, de ne pas perdre de vue ce facteur possible de l'état pathologique pour lequel vous serez consultés.

Autant j'ai insisté sur les complications possibles de la ménopause aménorrhéique, autant je serai bref sur la ménopause hémorrhagique. Une raison qui suffira à justifier tout d'abord ma réserve est que je connais moins cette forme de ménopause, et je crois moins la connaître pour plusieurs raisons dont la courte énumération nous donne déjà une ébauche de son histoire : 1° parce qu'elle ne détermine guère les complications qui amènent les femmes à nous consulter ; 2° parce qu'elle serait relativement rare ; 3° parce que les hémorrhagies qu'il est d'usage de mettre sur son compte sont le plus souvent des hémorrhagies traumatiques.

Que nous apprend à ce sujet l'observation générale? — Que le molimen ménorrhagique existe encore, se traduisant quelquefois par des hémorrhagies, plus souvent par les troubles généraux qu'entraîne sa non satisfaction. Il nous faut donc admettre qu'à une période donnée la crise existe sans pouvoir se juger aussi facilement. Je ne m'arrêterai pas de nouveau sur les conclusions thérapeutiques que comporte cette situation : le point où j'en veux venir est que si des conditions locales existent favorables aux hémorrhagies, celles-ci se produisent, et, n'étant plus modérées par les dérivations menstruelles, se produisent d'une façon désordonnée.

C'est, en effet, ce qui arrive.

Lorsqu'une femme de plus de quarante ans vient vous consulter avec des métrorrhagies irrégulières, examinez l'utérus : le plus souvent vous constaterez l'existence d'un fibrome ; à son défaut, vous pouvez quelquefois noter l'existence d'ulcérations bénignes ou malignes un peu étendues.

Ce n'est donc qu'exceptionnellement que l'hémorrhagie fournira par elle même, directement, une indication thérapeutique.

Il faut pour cela qu'elle soit excessive, absolument ou relativement, excessive en raison de son abondance ou en raison de la débilité du sujet chez lequel elle se produit.

A ces hémorrhagies banales dont la quantité peut constituer un danger, le meilleur moyen à opposer est la faradisation utérine immédiate, pratiquée, comme je vous l'ai indiqué, à intervalles aussi rapprochés qu'il pourra être utile, en séances de deux à trois minutes de faradisation à intermittences un peu rapides, avec les courants d'une bobine à gros fil, dont on augmentera l'intensité aussi rapidement que possible.

Je repousse, dans ces cas, le tamponnement, qui fait souvent méconnaître l'importance de la perte, et le perchlorure de fer dont les qualités hémostatiques, médiocres dans l'espèce, sont loin de compenser les dangers.

Mon expérience ne me permet pas de me prononcer sur les injections chaudes, — entre 40° et 50°, — conseillées depuis quelques années. *A priori*, j'en serais assez partisan, des expériences déjà anciennes de Calliburcès ayant montré que la chaleur est un bon excitant de la contractilité de la fibre lisse.

Parmi les « petits moyens » je ne saurais omettre l'ergot de seigle, soit administré à l'intérieur, soit en injections hypodermiques, soit porté sur le col par un tampon. C'est un hémostatique; mais moins prompt et moins actif que la faradisation.

Lorsque l'abondance de l'hémorrhagie n'est que relative, lorsqu'elle est menaçante surtout en raison de l'état d'épuisement du sujet, les indications locales me paraissent moins impérieuses, et je me contente de l'application locale d'un tampon chargé d'une préparation d'ergot ou imbibé de glycérolé

de digitale. En même temps, on soutient les forces de la malade en lui donnant à boire en grande quantité, à intervalles espacés, du lait, si ce régime ne lui répugne pas trop, ou 30 grammes de vin pur tous les quarts-d'heure ou toutes les demi-heures. A défaut du tamponnement à la digitale, — on n'a pas toujours ses aises — potion avec 1 0/0 de teinture; une cuillerée toutes les demi-heures.

Il n'a guère été question jusqu'ici des hémorrhagies qu'au point de vue des écarts physiologiques, des hémorrhagies plus ou moins critiques, soit de la période menstruelle, soit de la ménopause.

Je n'ai mentionné les hémorrhagies banales qu'à l'occasion du diagnostic étiologique différentiel, — notamment des hémorrhagies des fibromes.

Il est d'autres hémorrhagies banales dans lesquelles l'action traumatique directe se complique à des degrés divers d'actions réflexes. Il me suffira de vous signaler celles qui, consécutives à l'abus du coït, sont regardées comme symptomatiques d'une endo-métrite; celles qui accompagnent, plus rarement, des phlegmasies péri-utérines ou ovariques; celles déterminées par l'usage des pessaires, par la pratique répétée des cautérisations; celles enfin qui se montrent à la suite de l'administration d'un purgatif énergique.

Malgré la diversité des origines, tous ces cas ne forment en réalité qu'une classe, dans laquelle le signe n'a d'importance que dans la mesure de l'intensité d'action de la cause. Il n'y a donc pas lieu de combattre ces hémorrhagies en tant qu'hémorrhagies; mais elles réclament l'emploi des antiphlogistiques. Parmi ceux-ci, je vous ai signalé la digitale comme

tenant, à mon avis, le premier rang. Poison musculaire paralysant la fibre lisse dans la contraction, elle agit sans doute comme hémostatique en fermant des artérioles ; mais son action antiphlogistique, explicable surtout par ce mécanisme, me paraît accuser des conditions plus complexes.

Je l'emploie localement, et, dans quelques cas, dans ceux notamment où existe une réaction fébrile, à l'intérieur.

C'est parmi les métrorrhagies banales qu'il convient de ranger les ménorrhagies qui accompagnent souvent les flexions et peuvent devenir un élément de leur diagnostic, contrastant avec les menstruations des simples déviations, qui, comme celles de l'engorgement simple, sont plutôt diminuées. Au moment de l'accident, il suffit de prescrire le repos. Le traitement de la flexion préviendra les ménorrhagies ultérieures.

Un point qui n'est pas sans intérêt doit être relevé ici : la présence ou l'absence de caillots dans l'hémorrhagie menstruelle ou accidentelle.

La présence des caillots est la règle dans les hémorrhagies des fibromes ; elle est commune dans les ménorrhagies des flexions. Comment l'expliquer ? — Par une dilatation de la cavité utérine, gardant une certaine quantité de sang qui s'y coagule.

Je crois que ce sang peut s'y accumuler et y demeurer sans altération pendant un certain temps, — par exemple, d'une époque menstruelle à la suivante. Mes raisons de l'admettre sont, dans le traitement des flexions, les « liquidations » de caillots qui, au début du traitement, suivent les premières faradisa tions, quelquefois immédiatement, plus souvent lors de la pre-

mière menstruation, liquidations qui paraissent à peu près terminées là : aux époques suivantes, il n'y en a plus, ou ils sont très petits.

En somme, Messieurs, en dehors des hémorrhagies banales par lésion organique locale, les métrorrhagies doivent bien moins nous préoccuper que le défaut contraire; et les formes aménorrhéiques de la ménopause doivent être surveillées avec soin; inoffensives quand elles sont bien gouvernées, elles peuvent, négligées, entraîner des états pathologiques sérieux, et même des accidents foudroyants. C'est l'impression dominante que je voudrais vous voir remporter de cette leçon.

Parmi les hémorrhagies banales, je ne vous ai pas parlé de l'hémorrhagie traumatique de l'accouchement. Son histoire eût fait inutilement longueur dans ce chapitre; nous la retrouverons à l'occasion des quelques considérations que j'aurai à vous présenter sur la médecine obstétricale.

DOUZIÈME LEÇON

Cathétérisme utérin. — Obstructions de l'orifice cervical interne

SOMMAIRE : Le cathétérisme est beaucoup conseillé, mais peu pratiqué. — Ses indications. — Ses difficultés générales.
Son exécution : choix d'un cathéter. — Manuel opératoire. — Anomalies.
Cathétérisme thérapeutique : injections utérines.
Obstructions. — Indications qui en découlent. — Dilatation et cautérisation.
Galvanocaustique chimique. — Manuel. — Durée. — Intensiié. — Variations suivant les cas. — Cas de l'occlusion complète : indication possible de la cautérisation tubulaire. — Choix de la pile à employer.
Soins consécutifs : antiphlogistiques directs. Faradisation. Galvanisation continue. — Leur utilité contestable.

MESSIEURS,

A deux reprises déjà, une fois à l'occasion du diagnostic général des déformations utérines, une autre fois à propos de thérapeutique, j'ai eu à vous signaler l'utilité du cathétérisme utérin. C'est de son exécution que nous nous occuperons surtout aujourd'hui.

L'a-t-on jamais beaucoup pratiqué? — J'en doute, au moins en France. En dehors des passages que lui a consacrés Gallard, il semble que ce qu'on en a dit depuis Valleix n'ait que rarement été écrit d'après nature. Il y a une trentaine d'années, Valleix le pratiqua beaucoup, après Simpson et Kiwish, en vue de le faire servir au redressement mécanique des déviations. Des accidents graves, qui suivirent ces tentatives et firent du bruit à la tribune de l'Académie de médecine, jetèrent de la défa-

veur sur le redressement mécanique et firent tomber le cathétérisme en désuétude. Aujourd'hui, le cathétérisme utérin est très recommandé dans les livres, mais n'est presque jamais employé dans la pratique.

D'où vient cette contradiction? — De ce que, tantôt très facile, tantôt difficile ou impossible, cette petite opération n'est pas de nature à faire honneur à celui qui y réussit, tandis qu'elle peut compromettre celui qui y échoue; or, on ne sait pas d'avance si on réussira ou si on échouera.

Je crois n'avoir pas, après cette explication de l'abandon où se trouve aujourd'hui une manœuvre à chaque instant nécessaire, à insister sur l'utilité de l'étude du cathétérisme et des difficultés qu'il peut présenter, des précautions à prendre pour l'exécuter, et de la réserve à apporter dans cette exécution lorsqu'elle s'annonce difficile.

A une époque où la lecture des classiques m'avait laissé croire le cathétérisme utérin aussi fréquemment employé qu'il l'était peu, je me suis élevé contre l'abus qu'on en paraissait faire : tout en reconnaissant les commodités qu'il peut offrir dans les démonstrations cliniques à présenter devant un auditoire d'élèves, je lui reprochais de n'ajouter qu'exceptionnellement aux données qu'on recueille au moyen du toucher pratiqué avec soin. L'expérience a, depuis, modifié cette manière de voir. Aussi vous indiquerai-je comment je me suis trouvé conduit à recourir fréquemment au cathétérisme; ce sera la meilleure introduction aux considérations que j'ai à vous présenter sur ce sujet.

Une femme se présente avec un ensemble de malaises, bien connu dans sa physionomie générale et ses détails, dont le ta-

bleau a été ébauché lorsque je vous ai parlé des troubles de nutrition de l'utérus, et sera complété lorsque, dans les prochaines leçons, nous nous occuperons de l'hystérie ; l'origine de ces accidents remonte, confuse d'abord, plus nette ensuite, à plusieurs années. Le toucher debout, le seul qui renseigne vite et exactement sur les points qu'on a le plus besoin de connaître, montre le col élevé ou bas, volumineux ou de dimensions normales, tantôt dur, tantôt simplement ferme, tantôt ramolli et quelquefois ouvert. Le corps utérin, accessible au moins dans son segment inférieur, est d'une grosseur plus que normale, et généralement d'une configuration plus confuse, plus difficile à limiter exactement.

Faisant, avec le doigt, le tour de l'organe au niveau de l'isthme, on trouve quelquefois une flexion évidente ; quelquefois, enfin, il est difficile de se prononcer catégoriquement : on reste dans le doute, ou l'on méconnaît une flexion très réelle et qui deviendra manifeste quelques jours ou quelques semaines plus tard. Quant à la forme générale de l'utérus, elle n'a pas frappé, et l'on n'a pas noté qu'elle fût anormale.

Après une dizaine environ de séances de faradisation utérine pratiquées à intervalles rapprochés, on touche de nouveau la malade, et l'aspect des parties reconnu au doigt a changé. On sent tout d'abord un col réduit de volume. L'empâtement péri-utérin, qui avait un peu gêné le premier examen, a cessé, et l'on sent plus distinctement le corps et l'isthme. On reconnaît alors bien plus nettement les flexions qu'on avait constatées ou soupçonnées au niveau de celui-ci ; ou même on peut constater sans hésitation des flexions peu prononcées qui avaient échappé à un premier examen. Mais ce qui frappe surtout, c'est la déformation générale : au-dessus du col, on sent un corps non

plus piriforme mais globuleux ; ce n'est plus à son volume que l'on s'arrête; c'est à sa forme.

D'où vient cette anomalie? — *A priori,* un corps creux piriforme qui devient sphérique doit être soupçonné déformé par l'accumulation d'un contenu quelconque dans sa cavité plutôt que par une modification de ses parois.

S'agit-il d'une tumeur des parois, — généralement un fibrome interstitiel, — ou d'une tumeur solide intra-utérine, ou d'une rétention de liquides? C'est pour répondre à ces questions, qui se posent souvent dans l'examen des utérus augmentés de volume ou déformés, qu'intervient utilement le cathétérisme.

Les occasions de pratiquer le cathétérisme sont nombreuses ; examinons-en maintenant le manuel et les difficultés.

Je vous ai, en débutant, laissé soupçonner que l'exécution du cathétérisme pourra présenter quelquefois de sérieuses difficultés ; celles-ci sont de plusieurs ordres.

La première, préliminaire et la plus générale, si générale que nous pouvons nous en occuper avant même d'avoir à la rattacher à un manuel opératoire déterminé, tient à l'opérateur. Je vous l'ai, sinon suffisamment signalée, du moins laissée entrevoir, à l'occasion du *toucher*; c'est ici le lieu d'y revenir. Lorsque nous recevons les confidences de malades qui ont eu affaire à plusieurs médecins, il nous est impossible de ne pas être frappés du classement qu'elles en font d'après la manière dont elles ont été touchées. J'ai maintes fois entendu accuser de « maladresse » des confrères d'un savoir éprouvé et d'un mérite incontestable, mais dont le toucher avait quelque rudesse. Cette singularité peut s'expliquer, je crois, par un certain degré d'anesthésie tactile chez l'opérateur. Tel chirur-

gien, extrêmement habile quand il opère à ciel ouvert, a tout à coup la « main dure » quand il manœuvre au juger : chez lui, le *sens musculaire* n'a pas toute la délicatesse désirable. Il est des praticiens classés parmi les plus distingués, qui pourraient accuser leur dysesthésie tactile d'abandons inexpliqués, et, ce qui est plus grave, d'accidents qui ont compromis de bonnes opérations.

Vous n'ignorez pas que des péritonites mortelles ont pu paraître la conséquence de toutes les manœuvres exercées sur l'utérus : du cathétérisme, de l'application du spéculum, du toucher lui-même. Plus je vais, plus je crois que dans ces cas malheureux on a eu surtout affaire à des traumatismes imputables à l'infirmité que je viens de vous signaler.

N'examinez donc jamais un utérus sans la conscience, — qui doit devenir instinctive, — de la possibilité de traumatismes dont vous pourriez devenir les auteurs involontaires, sans vous être demandé si vos sensations sont bien nettes, ce dont, votre attention attirée sur ce point, vous pouvez aisément vous rendre compte. It n'est pas nécessaire, en effet, pour apprécier l'opportunité du conseil que je viens de vous donner, de faire porter sur des individus différents des observations qui deviendraient par là difficilement comparables entre elles; il suffit de s'observer soi-même : une fois prévenu, on reconnaîtra facilement que sous l'influence d'un état légèrement fébrile, de l'imminence d'un orage, d'une fatigue banale, le doigt et les instruments ne rapportent plus des cavités profondes des perceptions aussi nettes que lorsqu'on se trouve dans les conditions de santé tout à fait normales. Une fois averti, on peut n'être pas plus habile, mais du moins on évitera les accidents.

La lecture des ouvrages classiques de gynécologie pourrait laisser supposer que rien n'est plus facile que de pénétrer dans la cavité utérine. Or, ce n'est vrai, le plus souvent, que si l'on ne craint pas d'y pénétrer avec effraction. Dans la grande majorité des cas, on n'y entre que très lentement, et à la suite de tâtonnements qui doivent être exécutés avec la plus grande douceur et avec une extrême lenteur. Souvent aussi on n'y entre pas, si, comme on le doit, on s'arrête devant la nécessité d'employer la force. Il est enfin une condition, trop souvent perdue de vue, qui commande une grande réserve dans la prétention de pénétrer haut la main dans la cavité utérine : c'est la possibilité de l'oblitération de l'orifice cervical interne, signalée par Mayer, qui la considère comme normale chez les femmes âgées.

La situation de l'utérus et le calibre de l'orifice cervical extérieur une fois connus par le toucher debout, il reste à faire choix d'un cathéter. Dans les circonstances ordinaires, la préférence doit être donnée à un cathéter rigide. On en rencontre de nombreux modèles, qui peuvent se réduire à trois, dans lesquels une sonde de maillechort quadrangulaire à arêtes mousses et terminée par un petit renflement olivaire porté sur un col étranglé, est laissée droite ou reçoit diverses courbures. Deux sortes de courbures méritent d'être conservées : celle de Kiwish et de Simpson, qui offre, de son manche à son extrémité, un arc de cercle de grand rayon, et celle de Valleix, plus connue sous le nom d'Huguier, qui, rectiligne dans presque toute son étendue, offre vers son extrémité libre 2 ou 3 centimètres courbés à court rayon. Lorsque l'utérus a conservé sa direction

normale, la sonde de Kiwish est la plus commode. Dans les cas d'antéversion ou d'antéflexion, celle de Valleix entre plus facilement; dans les cas de rétroversion ou de rétroflexion, c'est le cathéter droit. Ce n'est là toutefois qu'une règle qui comporte des exceptions. Quoiqu'il en soit, je vous engage à avoir ces trois cathétres et à en essayer l'introduction dans l'ordre indiqué par les conditions d'adaptation que je viens de vous signaler; si vous échouez avec celui qui était indiqué par le toucher, vous serez quelquefois plus heureux avec le second ou le troisième.

En présence de quelques cas de cathétérisme difficile, de cas très rares où l'orifice extérieur n'admettait pas l'olive de l'hystéromètre, des cas plus communs où celle-ci était arrêtée à l'orifice interne, il m'est arrivé d'essayer d'autres sondes.

Les fines bougies sont d'un médiocre secours, en ce qu'elles butent facilement dans les feuillets de l'arbre de vie; cependant elles permettent quelquefois d'entrer dans la cavité utérine, quand l'obstacle tient uniquement à la grande étroitesse de l'orifice de l'isthme. Leur pénétration montre que l'orifice est perméable, renseignement qui n'est pas sans valeur au point de vue thérapeutique; l'emploi du spéculum est, ici, souvent nécessaire.

Il en est de même avec les bougies fines coniques olivaires, qui, généralement, pénètrent mieux. Quant les orifices utérins sont tous deux perméables, on peut très bien pratiquer le cathétérisme avec des bougies de gomme coniques olivaires d'un certain calibre et un peu fermes. C'est d'elles qu'on se sert pour faire les injections liquides.

Me demandant si leur défaut de rigidité n'était pas pour

quelque chose dans les difficultés du cathétérisme avec des bougies fines en gomme, j'ai essayé des bougies coniques olivaires en baleine. Celles-ci ne valent absolument rien : leur élasticité leur fait défigurer les impressions qu'elles devraient apporter ; de plus, quelque bien polies qu'elles soient, je me demande si la nature de leur surface leur permet de glisser convenablement au sein de tissus pour lesquels elles semblent avoir une affinité de contact.

Afin d'éviter l'élasticité, j'ai essayé enfin des bougies en gomme dont l'axe était occupé par un fil de plomb. C'est encore un engin que je ne saurais recommander ; il est quelquefois commode dans des cas de rétroversion ou de rétroflexion, mais sans être supérieur au cathéter rigide droit; dans les cas d'antéversion ou d'antéflexion, il n'est d'aucune utilité.

Courty admet comme la règle l'emploi du spéculum pour chercher l'orifice cervical extérieur, conseillant de le retirer seulement un peu pendant les manœuvres de progression du cathéter. Il insiste, en même temps, sur l'utilité des renseignements que fournit le cathétérisme pratiqué dans ces conditions sur la direction de l'utérus, sur les versions et sur les flexions. Je regarde comme fâcheuses ces indications. D'abord, toutes les fois qu'on emploie un cathéter rigide, — et c'est le cas admis par l'auteur que je viens de citer, — il faut repousser l'emploi du spéculum et prendre comme guide l'index de la main qui a cherché le col et reconnu son orifice. La pulpe de ce doigt sent suffisamment l'orifice extérieur du col pour y conduire l'extrémité de l'instrument. Ensuite le cathétérisme doit n'avoir, le plus souvent, rien à apprendre sur la situation de l'utérus : on doit la connaître avant de l'essayer ; et je regarde comme la pire

des habitudes celle de tenter une manœuvre quelconque sur l'utérus, fût-ce l'application du spéculum, sans avoir préalablement touché la femme debout. Ce n'est que par le toucher debout qu'on se renseigne sur les conditions qui permettent ensuite d'agir avec sécurité.

La patiente étant couchée, les jambes fléchies et les genoux écartés, son siège doit déborder assez le fauteuil à examen pour que la main qui introduira la sonde ait la plus grande liberté et la plus grande étendue d'action. Aucune sensation étrangère ne doit troubler la netteté de ses perceptions : le simple frottement d'un pli de jupe peut devenir très gênant et doit être évité. L'index gauche du chirurgien étant appuyé sur l'orifice extérieur du col, on introduit l'hystéromètre, la concavité de sa courbure regardant en haut, si l'on a fait choix d'un instrument courbe ; puis, se guidant sur les renseignements fournis par le toucher préalable, on le fait progresser le long du doigt, qui n'a pas quitté le col, *en suivant le plan supérieur du canal.* Sans cette dernière précaution, l'extrémité du cathéter irait facilement buter dans quelqu'un des replis de l'arbre de vie, où elle pourrait être arrêtée; tandis qu'en suivant le plan supérieur, elle glisse sur le raphé, bien plus prononcé sur cette face.

Pour suivre le plan antérieur, il n'est pas nécessaire d'y appuyer l'olive de l'hystéromètre ; il faut seulement éviter que cette olive bute contre le plan postérieur, ce qui se fera en maintenant celui-ci très légèrement déprimé par le corps, et non par le bout du cathéter.

Ici, je vous renouvellerai la recommandation faite à l'occasion du toucher : vous connaissez la direction normale du canal cervical ; une fois engagé, oubliez-la. Cette notion vous est

inutile pour deux raisons : la première est que la direction et la forme de ce canal sont très souvent modifiées; la seconde est que vous n'avez pas à diriger la sonde, mais à la laisser conduire par le canal. Quand elle est arrêtée, attendez qu'elle continue à cheminer, non pas en appuyant sur elle, mais au contraire en la soutenant plus doucement. La main ne fait que percevoir les résistances, non pour les vaincre, mais pour attendre. Celles-ci sont moindres pendant l'expiration : on soutiendra donc plus mollement pendant l'inspiration. Surtout ne cherchez pas sa voie au cathéter; toutes les fois qu'ici je vois une certaine impatience de vos mains trahir cette recherche, je vous arrête : vous n'entreriez pas, au moins dans les conditions de douceur voulues. Ne cherchez donc jamais à pénétrer brillamment, mais attendez patiemment une pénétration spontanée.

A l'orifice interne, une gêne du même ordre que celle que nous avons évitée en faisant déborder le siège de la malade et en effaçant les bouillons de ses jupes, peut résulter du contact avec le cathéter de la pulpe du doigt qui a guidé l'introduction, et qui, laissé en place, renseigne utilement sur le degré de progression de l'instrument. Dans certaines attitudes du col, on ne peut éviter qu'il appuie plus qu'il ne convient sur la sonde, et que la sensation de ce contact empêche la main droite de percevoir les impressions venant de l'extrémité du cathéter. On peut retirer alors l'index gauche, quitte à le replacer un peu après, et appliquer les deux mains au pavillon de la sonde pour tâter la voie : le tact peut être plus délicat et la douceur plus facile avec deux mains qu'avec une seule, surtout si celle-ci est déjà un peu fatiguée. L'olive du cathéter éprouve en ce point une petite résistance qui, le plus souvent, cède bientôt si l'on n'appuie pas. La main en est aussitôt avertie ; et l'on n'a plus qu'à

progresser, ordinairement librement, avec plus de facilité que lorsqu'on était dans le canal cervical; mais sans qu'on doive s'affranchir des mêmes précautions, c'est-à-dire de la même douceur. H. Bennet, signalant la difficulté qu'on éprouve souvent à franchir le canal au niveau de l'isthme, admet, à ce niveau, une coarctation qui rend impossible, à moins d'employer une certaine force, l'introduction d'une sonde moyenne dans la cavité utérine, excepté quelques jours après l'accouchement, et quelquefois un certain nombre de jours après la menstruation. Je ne voudrais pas vous voir vous autoriser de ce passage d'un praticien éminent pour recourir à cette « certaine force » dont il admet l'intervention; avec un peu de patience, elle est inutile.

Aussitôt l'obstacle franchi, on sent, ainsi que je vous le disais tout à l'heure, une bien plus grande liberté de la manœuvre. Défiez-vous de ce soulagement: il vous portera à aller de l'avant, ce qui peut ne pas être sans inconvénients sérieux. Vous savez que l'utérus a été perforé par des chirugiens habiles; je serais tenté de dire: par des chirurgiens trop habiles. Moins vous gouvernerez la sonde, mieux vous serez avertis de ce qui se passe à son extrémité. Le plus souvent, vous sentirez celle-ci arrêtée par un obstacle ferme et résistant. Marquez alors avec l'index, appuyé sur le cathéter au niveau de l'orifice cervical externe, le point où a cessé sa pénétration, et ramenez l'instrument. Vous lirez ensuite sur sa tige de combien il a été engagé.

D'autres fois vous sentirez l'extrémité de l'hystéromètre appuyer sur une masse molle. Vous n'êtes pas sur la paroi, mais dans des fongosités de la muqueuse; n'allez pas plus loin: c'est en cherchant dans ces conditions la résistance ferme du fond de l'utérus qu'on risque de le perforer. En pareil cas, ou

n'a qu'un cathétérisme incomplet; mais on le sait, on sait pourquoi, et l'investigation n'a pas été inutile.

Enfin il peut arriver, il arrive même souvent, que malgré toutes les précautions que je viens de vous indiquer on n'entre pas. La chose est en soi de peu d'importance; on entrera un autre jour.

Si plusieurs tentatives convenablement espacées, à deux ou trois jours d'intervalle par exemple, restaient sans résultat, on pourrait tenter de préparer la voie avec une fine bougie molle, ou la faire avec une injection pâteuse : il nous arrive souvent, après un essai infructueux du cathétérisme, de remplacer l'hystéromètre par notre sonde droite à piston, et depousser une injection qui pénètre.

Si rien ne pénétrait, ni hystéromètre, ni sonde molle, ni injection, nous songerions alors à faire le passage : il sera tout à l'heure question du moyen que nous y employons.

Il est des cas cependant où l'insuccès des tentatives dont il a été question jusqu'ici ne doit pas faire renoncer à pénétrer dans l'utérus sans opération.

L'occlusion de l'orifice cervical interne ne se produit pas toujours par un mécanisme identique.

Quelquefois, en effet, dans des cas rares il est vrai, la pénétration du dehors au dedans s'effectue avec facilité et la bougie de gomme accuse un calibre normal de l'orifice interne, alors que le contenu de l'utérus y est assez bien retenu pour donner à l'organe la forme globuleuse. J'ai rencontré notamment deux fois des hydrométries copieuses, ne donnant lieu à aucun écoulement à l'extérieur, et que l'on évacuait facilement

par le cathétérisme. Le cas inverse se présente plus souvent : celui où le cathétérisme présente de grandes difficultés, et où cependant l'écoulement des règles et des sécrétions catarrhales paraît s'effectuer librement et sans causer de dysménorrhée ou de coliques.

Les occlusions de l'orifice cervico-utérin ne sont donc pas toutes de même nature ; et leur dissemblance mérite d'être prise en considération lorsqu'il s'agira, pour faire cesser certains troubles fonctionnels, de faire choix d'un procédé opératoire.

A côté des occlusions vraies, liées à de véritables rétrécissements, il en est qui sont dues à l'étalement sur l'ouverture cervicale de replis valvulaires formés aux dépens d'une muqueuse tomenteuse. Suivant que le rideau appartiendra à la muqueuse utérine ou à la muqueuse cervicale, le passage sera obstrué de dedans en dehors ou de dehors en dedans. Je serais très disposé à croire que nombre de rétentions utérines reconnaissent cette cause non que je l'aie constaté directement, — ce qui ne pourrait être fait qu'à l'autopsie, — mais parce que j'ai vu la condition inverse, c'est-à-dire l'empêchement à la pénétration de dehors en dedans, se produire par ce mécanisme.

Deux fois notamment, chez des malades dont l'utérus était d'un volume exagéré sans être d'ailleurs déformé, dont le col volumineux avait un orifice extérieur très ouvert, j'essayai sans succès le cathétérisme avec l'hystéromètre et avec des bougies coniques olivaires. Les règles avaient leur libre écoulement et n'étaient que peu douloureuses ; l'orifice était donc perméable. L'état de mollesse du col m'engagea à en chercher la voie avec une grosse sonde ; et, là où les fines avaient échoué, je pénétrai assez facilement avec une sonde métallique cylin-

drique de six millimètres de diamètre. Le débridement de l'orifice cervical interne, qui avait été proposé à l'une de ces malades, était donc tout à fait inutile.

Lorsque l'augmentation de profondeur de l'utérus est imputable, non à son retrait insuffisant après une couche, mais à l'existence d'une tumeur fibreuse, interstitielle, sous-péritonéale, ou sous-muqueuse, — ce qui s'établit sur un ensemble de considérations qui vous ont été présentées et sur lesquelles je n'ai pas à revenir, — le cathétérisme a de nouveau à intervenir, non plus comme moyen de diagnostic, mais pour permettre de faire les injections curatives.

A l'hystéromètre, on substitue alors la sonde à piston, d'un calibre beaucoup plus fort, droite, à extrémité conoïde. Les précautions générales à observer sont les mêmes que celles que je vous ai recommandées à l'occasion du cathétérisme explorateur : ici encore c'est par la lenteur et la douceur qu'on arrive le plus sûrement, — et le plus vite. Le bec de la sonde s'engage ordinairement ; quelquefois cependant l'engagement n'a pas lieu, mais si l'on a bien manœuvré, il se trouve arrêté en regard de l'orifice cervical interne. On pousse alors l'injection. Celle-ci pénètre ou ne pénètre pas. On est presque toujours averti de ce qui a lieu pendant qu'on pousse le piston : un défaut de résistance est un bon signe de pénétration ; si l'on sent quelque résistance, surtout une résistance inégale non imputable à la consistance un peu trop ferme du topique, c'est que l'injection n'a pas pénétré. Dans ce cas, on la ramène plaquée sur le bec de la sonde à laquelle elle reste adhérente. L'insuccès d'une première injection ne doit pas décourager; une seconde pénètre souvent. Si la seconde ne réussissait pas plus

que la première, on remettrait une nouvelle tentative au lendemain, ne se décidant à *faire* le passage qu'après plusieurs essais infructueux d'injections fondantes.

Il est des cas cependant où il est indiqué de faire le passage, et plusieurs moyens ont été recommandés pour y arriver.

L'incision a été conseillée et largement pratiquée par quelques chirurgiens américains, dans les cas d'obstruction de toute nature. Cette opération n'a pas été accueillie avec grande faveur, et c'est avec raison qu'elle est généralement blâmée chez nous. Outre qu'on l'a appliquée à des obstructions qui ne réclamaient aucune opération, elle doit être repoussée, alors même qu'il existe un véritable rétrécissement : 1° parce qu'elle offre des dangers attestés par de nombreux accidents ; 2° parce qu'elle ne donne qu'un résultat passager, suivi le plus souvent d'une aggravation de la lésion à laquelle elle s'adressait ; 3° parce qu'il n'en est pas de l'orifice cervico-utérin comme de la lumière de l'urèthre : qu'il n'est pas utile de lui faire le calibre le plus grand possible ; qu'on a assez fait quand on lui a assuré une perméabilité suffisante.

Deux méthodes restent en présence pour combattre le rétrécissement ou l'obstruction de l'orifice cervico-utérin : la dilatation et la cautérisation potentielle, c'est-à-dire, vu la profondeur de la partie à cautériser, la galvanocaustique chimique.

Le mot de dilatation n'est peut-être pas l'expression propre pour caractériser le genre d'écartement que nous voulons obtenir ici, et que je comparerais volontiers à l'action momentanée d'un coin, frayant en peu de temps un passage qui est presque toujours suffisant. Il n'en est pas ici comme dans

l'urèthre où un tube long et mou doit être amené patiemment à avoir le calibre le plus grand possible, et où l'on doit le soupçonner de tendre à revenir incessamment sur lui-même. Ici, nous n'avons besoin que d'un pertuis dans l'axe d'une masse bien soutenue et dont les rapports avec les couches voisines sont solidement assurés ; quand le passage sera fait, il n'aura qu'une médiocre tendance à se rétrécir ; et, à moins de rétraction cicatricielle, si on l'a ouvert au bistouri, avec le feu ou les caustiques acides, son oblitération lui viendra de l'hyperplasie de tissus qui lui sont extérieurs et qu'il suffit de repousser, ou d'un voile muqueux étendu devant lui, voile utérin ou cervical, facile à écarter momentanément par des moyens mécaniques dont l'effet limité est immédiatement complet et sur lesquels il n'y a par conséquent pas lieu d'insister, facile aussi à détruire ou à modifier par des applications galvaniques agissant à volonté comme caustiques ou simplement comme cathérétiques.

Quelquefois donc il suffira de chercher le passage avec une bougie très fine, qu'on fera suivre d'une bougie conique olivaire d'un calibre plus fort, et on aura obtenu un résultat suffisant, d'une manière définitive ou pour un temps plus ou moins long au bout duquel on répétera ce même cathétérisme ou on aura recours à un procédé plus radical.

Encore une fois, il s'agit ici moins de dilater que de désobstruer ; aussi ne conseillerai-je dans aucun cas, pour l'orifice cervical interne, les moyens de dilatation proprement dits, les dilatateurs à action lente et soutenue, — tiges de laminaria ou éponge préparée. L'expérience leur est peu favorable : des accidents ont trop souvent suivi leur application ; d'ailleurs, d'une manière générale, je ne suis pas partisan des efforts mécaniques

prolongés exercés sur l'utérus : leur innocuité semble capricieuse, et ils provoquent trop facilement des réactions générales.

Je conseillerai encore moins la cautérisation actuelle, essayée quelquefois avec le cautère galvano-thermique. Depuis les observations, dont j'ai publié les conclusions en 1862, sur les caractères des cicatrices consécutives aux cautérisations chimiques, je n'admets plus que dans des cas très rares, et en vue de satisfaire à des indications toutes spéciales, l'usage des caustiques *acides*. Or le feu est un caustique acide très énergique, dont l'application donne inévitablement lieu à la formation des cicatrices dures et rétractiles qu'on doit éviter avant tout.

Il n'en est pas de même des cautérisations potentielles alcalines, qui donnent des cicatrices molles et non rétractiles, sous la condition, facile à remplir ici, qu'on n'en tourmentera pas l'eschare de façon à transformer la cicatrice de la cautérisation en la cicatrice d'un traumatisme. Nous aurons donc recours, comme nous le faisons toutes les fois que nous avons une cautérisation potentielle à effectuer dans les parties profondes, dans les parties étroitement circonscrites, dans les parties qui échappent à la vue, à la galvanocaustique chimique alcaline, c'est-à-dire négative.

Les seuls cas dans lesquels j'aie eu jusqu'ici à recourir à cette opération étaient des cas où le passage des règles attestait la perméabilité de l'isthme, et où néanmoins mes tentatives de cathétérisme restaient vaines. J'exposerai d'abord ce qu'il convient de faire dans ces circonstances; nous examinerons ensuite la conduite à tenir dans les cas d'obstruction complète

où il existerait néanmoins une indication formelle de pénétrer dans l'utérus.

La patiente étant disposée comme pour l'examen au spéculum, on commence par mettre en place l'excitateur positif, utile seulement pour fermer le circuit de la façon la moins gênante. Ce sera une large plaque d'étain garnie d'agaric et de peau mouillée qu'on appliquera sur le ventre, ou un large tampon de charbon garni de la même façon qu'on maintiendra appliqué sur la face interne de la cuisse gauche au moyen d'un lac élastique. Conduisant ensuite sur l'index gauche l'électrode caustique négative, on l'engage dans la direction préalablement étudiée du canal cervical. Cette électrode consiste en une fine olive, un peu conique, de 4 à 5 millimètres dans son plus grand diamètre transversal, portée sur une tige rigide isolée.

On ferme alors le circuit de la pile en y faisant entrer les couples un à un ou deux à deux, au moyen du commutateur, jusqu'à ce que le galvanomètre accuse une déviation suffisante que nous allons avoir à apprécier.

L'index de la main gauche, qui n'a pas abandonné le col, aidera pendant l'opération à juger de la marche de la sonde caustique; il permettra, en même temps, de se faire une idée de l'activité de la cautérisation, percevant très nettement le dégagement des bulles gazeuses qui résultent de la décomposition des tissus.

Il ne faudra pas négliger de faire tomber de temps en temps quelques gouttes d'eau entre le tampon positif et la cuisse, ou sur la plaque abdominale qui est percée de nombreux petits trous, pour éviter une cuisson vive et une trop forte rubéfac-

tion de ces parties qui ne manqueraient pas de se produire si cette précaution était négligée.

La durée de l'opération, l'intensité du courant à employer et la forme du cathéter sont subordonnés à la nature du résultat qu'on poursuit.

Si l'obstacle est constitué par un étranglement court et rigide, on doit se proposer d'opérer une perte de substance. Le mieux est alors d'employer l'électrode olivaire que je viens de vous présenter, et de faire, avec un courant un peu intense, — de 30 à 40 milliampères, — une séance de dix à quinze minutes. Si l'on ne dispose pas de cette intensité de courant, la durée de la séance peut être portée à trente et même à quarante-cinq minutes. Je préfère toutefois les séances plus courtes, ne dépassant pas vingt minutes, quitte à les répéter à dix ou quinze jours d'intervalle si le résultat n'en était pas d'abord complet.

L'appréciation de ce résultat n'est pas d'ailleurs chose toujours facile immédiatement après l'opération. Ici, comme pour l'urèthre, les résultats un peu éloignés sont souvent plus considérables que ceux qu'il est donné de constater immédiatement après l'opération, ou plus tard, du septième au dixième jour, après la chute de l'eschare. Je vous ai signalé assez souvent pour qu'il n'y ait pas à y appuyer ici cette influence résolutive de la galvanisation, au moins de la galvanisation polaire négative, la seule que j'aie suffisamment expérimentée dans des conditions favorables à l'observation, — influence qui m'a paru devoir se rattacher en partie au travail physiologique d'ordre nutritif consécutif à l'établissement d'un exutoire, en partie au fait de la décharge lente de tissus qui, pendant l'opération, ont été fortement polarisés. Quoiqu'il en soit de la valeur de ces inter-

prétations, le fait clinique est que ce n'est guère que du dixième au quinzième jour après l'opération qu'on peut se prononcer catégoriquement sur ce qu'elle a donné.

Si au lieu d'un étranglement annulaire, on a affaire à un rétrécissement allongé, on choisira une électrode caustique plus longue et plus nettement conique. L'intensité à donner au courant et la durée à donner à la séance restent sensiblement les mêmes. S'il y avait une modification à y apporter, ce serait dans le sens de la diminution de l'intensité et de la durée. La marche de l'électrode caustique indiquera, pendant l'opération, l'opportunité qu'il pourrait y avoir à la faire en plusieurs temps: d'une manière générale, je tâche d'en finir en une séance avec les obstacles durs et résistants, opérant d'autant plus volontiers en plusieurs fois les obstacles mous, que leur configuration se modifie fréquemment à la suite d'une application qui ne les a pas supprimés.

Dans les cas que je vous ai signalés comme d'intéressantes exceptions, où l'orifice cervical est fermé pour les sondes fines molles ou rigides, et où il reste perméable aux cathéters rigides volumineux, j'ai encore recours à la galvanocaustique. Ici toutefois l'objectif est différent : la perte de substance que déterminera l'opération n'est plus qu'une condition accessoire, et la cautérisation alcaline vise surtout une action cathérétique ayant pour but de régulariser, de calibrer un canal tomenteux. Dans ces cas, j'emploie des électrodes cylindriques du plus gros calibre qu'on puisse engager sans trop de difficulté, et je me contente de courants de 15 à 20 milliampères agissant de dix minutes à un quart d'heure.

En m'étendant aussi longuement que je l'ai fait tout à l'heure

sur le manuel du cathétérisme utérin, sur les précautions et sur la réserve qu'il commande, j'espère vous avoir mis à l'abri d'un accident commun à tous les cathétérismes : celui des fausses routes. Les chances de les faire sont-elles moindres ou plus grandes dans le cathétérisme caustique ? Les précautions qui permettent de les éviter y sont-elles aussi faciles ?

— Sur le second point, on peut sans hésiter répondre : non. Durant une opération longue, alors que la main n'a plus seulement à soutenir le cathéter mais à maintenir sur lui une pression suffisante pour assurer d'une façon permanente un bon contact, il ne faut compter que dans une mesure restreinte sur l'intégrité de la clairvoyance tactile. A cela quel correctif ? — Je n'en vois qu'un : l'étude préalable du canal dans lequel on va opérer, étude précédée d'une exacte connaissance de la position de l'utérus et de la configuration extérieure de l'isthme, acquise par le toucher debout, puis horizontal, et par un examen attentif non seulement des culs-de-sac antérieur et postérieur, mais aussi des bords latéraux.

Heureusement, pendant l'opération, il est presque toujours un correctif : tant que persiste un pertuis capable de donner passage à un suintement liquide, le danger des fausses routes est très atténué : en présence de tissus humides à des degrés variables, le cathéter attaquera de préférence le liquide, et, par les alcalis qu'il en séparera, les tissus qu'il baigne. On opère là une cautérisation sur conducteur, le liquide suintant de l'utérus formant le conducteur.

Si l'occlusion était complète, cette ressource ferait défaut, et l'opération pourrait présenter des difficultés. Il n'y en aurait pas si le corps de l'utérus globuleux s'était développé en produisant un certain degré d'effacement du col, entourant le cul-de-sac

à perforer d'un bourrelet protecteur; mais pareille chose n'a lieu que dans les cas de distension extrême. Le plus souvent, donc, en cas d'occlusion complète, l'opération devra être conduite avec une grande prudence: je serais d'avis de la faire alors en plusieurs temps, avec des cathéters olivaires un peu fins et très rigides.

Mais pareille opération sera-t-elle souvent indiquée ? — On ne saurait actuellement répondre à cette question. L'occlusion complète a surtout été examinée comme condition anatomique, singulière ou normale à un certain âge; devra-t-elle avoir une histoire pathologique en dehors des cas où une rétention de liquides dans la cavité utérine réclame une prompte intervention chirurgicale ? A l'âge où l'on a signalé comme fréquente l'occlusion de l'orifice cervical interne, l'utérus commence à subir un certain degré d'atrophie qui, sans faire disparaître sa cavité, coïncide au moins avec une grande diminution de l'activité nutritive et sécrétoire de sa muqueuse. Il semble qu'aucun intérêt ne commande alors de maintenir les rapports de la cavité utérine avec l'extérieur. Mais il pourrait en être autrement; aussi, en présence d'un utérus globuleux d'un volume exagéré, et fermé, je n'hésiterais pas, dans les cas qui ne fourniraient pas d'indication urgente, à rétablir la communication cervico-utérine par des séances de galvanocaustique courtes, répétées, et précédées chacune d'une tentative de cathétérisme. Si, au contraire, l'indication d'opérer était urgente, c'est à la cautérisation tubulaire que j'aurais recours.

Le choix de la pile à employer dans ces opérations de galvanocaustique chimique est un point que je ne devrais pas avoir à traiter ici. Cependant, en présence de la multiplicité

des prescriptions qui surgissent tous les jours et qui me semblent entachées d'hérésies physiques, je vous demanderai la permission de lui consacrer une courte digression.

Vous savez que toutes les piles sont bonnes quand elles ne se polarisent pas, — pile de Daniell, — ou qu'elles se dépolarisent facilement dans la mesure voulue pour leur assurer une certaine constance d'action ; que, condition peu importante au point de vue théorique mais beaucoup au point de vue pratique, les piles qui ne travaillent pas quand leur circuit est ouvert méritent la préférence des médecins, qui ne demandent à ce genre de moteurs qu'un travail très intermittent. A ce second point de vue, la pile de Leclanché mérite une préférence absolue ; elle sera parfaite si nous nous en servons de manière à lui faire remplir la première indication, celle de se polariser assez peu pour pouvoir se dépolariser à mesure.

Comment modérer la polarisation d'un moteur voltaïque suffisamment actif? — En en augmentant autant que possible la surface.

Reportons-nous maintenant à la formule :

$$i = \frac{n\quad E}{nR+L}$$

Dans laquelle les constantes sont E, force électromotrice de la combinaison voltaïque que nous employons, et L, résistance de la portion du circuit dans laquelle nous avons à effectuer un travail, — ici, un travail chimique.

Les conditions variables, ou celles dont nous pouvons disposer, seront le nombre n des couples que nous aurons à associer en tension pour donner à notre moteur la force voulue, et, tant que nous n'aurons pas fixé notre choix sur un modèle dé-

terminé, la résistance intérieure R de chacun des couples de la série.

Pour fixer les idées, supposons, en nombres ronds peu éloignés des conditions de la pratique, une pile à former avec des couples grands ou petits dont la force électromotrice est 1, en vue d'agir sur un circuit de résistance extérieure 100. Supposons enfin, entre les grands et les petits couples, des rapports de taille tels que la résistance intérieure des petits étant 5, celle des grands sera 1 ; et voyons ce qui arrivera quand nous constituerons comparativement notre pile avec des grands et avec des petits.

Je vous fais grâce du calcul des intensités sous les tensions croissantes, pour ne vous indiquer que quelques résultats saillants.

Si l'on n'attache qu'un couple au circuit, le travail y sera très faible, mais à très peu de chose près le même, qu'on prenne le couple grand ou petit.

Avec vingt couples, l'équilibre est déjà assez rompu pour que le travail des grands soit à celui des petits comme 10 est à 6.

Avec trente couples, il est le double.

Avec cinquante couples, il est comme 7 est à 3.

A partir de ce moment, on peut multiplier le nombre des petits couples — résistants — sans presque plus rien gagner, tandis qu'avec les grands couples un gain très appréciable est encore possible. La résistance de la pile de vingt couples petits était déjà égale à celle du circuit extérieur ; on eût dû s'arrêter là ; tandis qu'à 50, la résistance des grands couples n'est encore que la moitié : on peut utilement en ajouter. Le travail de cent grands couples est encore à celui de cinquante comme 3 est à

2 ; tandis que le travail de cent petits est à celui de cinquante, seulement comme 7 est à 6.

Enfin, avec ce même pouvoir électromoteur commun aux grands et aux petits, il en faut cent petits pour donner exactement la même intensité que vingt grands.

Vous voyez l'avantage d'employer de grands couples, et l'inutilité de constituer, — au moins en vue d'un travail mécanique ou chimique quantitativement mesurable, — des piles de petits couples très nombreux. On fait, en général, entrer trop de couples dans les batteries que nous voyons monter en vue des applications médicales ou chirurgicales. Étant données les résistances qu'offre l'organisme humain, il n'y a jamais lieu de dépasser 30, à moins qu'on veuille faire non du travail mais de la tension pour la tension, ce qui peut avoir une raison d'être, mais une raison qu'il ne serait pas superflu de donner.

Voilà pour le nombre et la surface — ou la résistance — des couples. Ayons-les aussi grands que possible ; et, pour faire des cautérisations galvano-chimiques, une pile d'un nombre restreint d'éléments voltaïques nous suffira.

Je viens de plaider en faveur des grands couples en me fondant sur la supériorité de leur rendement dans les conditions où nous opérons, sur la possibilité de constituer avec eux des piles efficaces sans multiplier outre mesure des contacts facilement défectueux. Je viens de vous signaler à leur actif un autre avantage, plus appréciable encore pour les opérations de quelque durée : celui de se polariser moins. Une même quantité de travail moteur, — polarisateur, — se répartissant sur une plus grande surface, chaque unité superficielle se polarise moins, et partant se dépolarise plus facilement.

Outre qu'elles fonctionnent utilement avec beaucoup moins de couples, les piles formées d'éléments à grande surface fonctionnent donc plus régulièrement. Enfin, n'usant que lentement leur dépolarisateur, que leur volume leur permet de recevoir en quantité relativement grande, elles durent des années là où des batteries à petits couples durent quelques mois.

Des soins consécutifs à la galvanocaustique chimique du canal cervico-utérin sont-ils nécessaires ? — Necessaires, j'en doute.

Dans la journée qui suit la séance, on observe bien, lorsque celle-ci a été longue et qu'il a été fait usage d'un courant un peu intense, un sentiment général de fatigue, mais d'une fatigue particulière, sans localisation définissable, et qui se confond dans une large mesure avec le besoin de sommeil que laissent après elles les séances de galvanisation pratiquées sur les centres nerveux. Longues ou courtes, fortes ou faibles, les séances procurent enfin un sentiment de mieux être local : les douleurs lombo-abdominales ont disparu, et la marche est « plus libre. »

Ce n'est donc que par excès de prudence que j'ai quelquefois fait suivre les séances de galvanocaustique cervicale qui avaient été un peu laborieuses du côté des examens préliminaires, de quelqu'une des précautions par lesquelles je m'applique à éviter les éventualités inflammatoires ou les réactions simplement douloureuses, toutes les fois que l'utérus a été soumis à des actions mécaniques prolongées, comme il arrive ici, par exemple, lorsqu'une malade a été examinée successivement par plusieurs d'entre vous. Ces précautions me semblent enfin surtout commandées par cette circonstance que

généralement j'opère les malades, non pas chez elles, mais chez moi, ou ici, et que les conditions dans lesquelles s'effectuera leur retour échappent à mon contrôle.

Les moyens que j'emploie dans ce but sont au nombre de trois :

1° L'application d'un tampon vaginal chargé de pommade d'extrait de digitale au cinquième ou d'un glycérolé de digitale au tiers.

C'est là une action directement antiphlogistique.

2° La faradisation de l'utérus.

Elle a pour objet d'écarter les éventualités de congestion en opérant le drainage circulatoire par hyperémie passagère sur les indications générales duquel je me suis déjà plusieurs fois étendu.

3° La galvanisation continue sacro-post cervicale.

C'est par des observations accidentelles que j'ai été porté à admettre l'utilité de ce moyen, sur le mécanisme duquel je ne hasarde actuellement aucune hypothèse. Parmi les malades chez lesquelles je traite des affections utérines, il est superflu de dire que les névropathiques abondent; chez quelques-unes de celles-ci, la galvanisation du centre rachidien est indiquée, et c'est toujours à la fin des séances que je la pratique. Or, j'ai pu souvent constater que chez les malades auxquelles les manœuvres exécutées sur l'utérus laissent de la douleur locale, chez celles notamment à qui l'on a fait des injections, cette douleur est notablement calmée, quelquefois même supprimée pour quelque temps par la galvanisation ascendante de la région rachidienne.

Mais, encore une fois, ces précautions sont-elles sinon nécessaires, du moins incontestablement avantageuses? — Il est

permis de poser la question, et d'hésiter sur la réponse à y faire, la séance de galvanocaustique représentant une galvanisation polaire négative de l'utérus qui pourrait bien suffire à écarter les éventualités que nous venons d'indiquer.

TREIZIÈME LEÇON

Hystérie. — Formes paralytiques

SOMMAIRE : Hystérie et utérus, suivant les anciens. — Les manifestations dites hystériques. — Les idées doctrinales sur l'hystérie et sa pathogénie. — La crise hystérique classique. — Symptômes étrangers à la crise.

Phénomènes paralytiques de l'hystérie. — Paralysies du mouvement. — Les paralysies hystériques du mouvement sont-elles cérébrales ou spinales? Directes ou réflexes? Réserves commandées dans les conclusions à prendre à ces endroits.

Paralysies de la sensibilité. — Analgésies. — Paralysies sensorielles. — Paralysies du sens musculaire. — Paralysies du sens génital.

Quelques considérations thérapeutiques à l'occasion des anesthésies.

Messieurs,

Nous avons jusqu'ici étudié les affections qui intéressent immédiatement l'utérus et réclament, sinon exclusivement du moins constamment, un traitement local. Aujourd'hui, nous aborderons l'examen des relations des hystéropathies avec le fonctionnement d'ensemble de l'organisme, et tout d'abord avec celui de l'appareil nerveux, que nous savons être la voie la plus habituelle de généralisation des affections locales et de localisation des maladies générales.

Avant que Marshall Hall eût défini les phénomènes réflexes et en eût indiqué le mécanisme, l'observation les avait constatés et avait conduit à faire jouer en pathologie un rôle important aux *sympathies*. Or, l'utérus était, de tous les organes,

celui qu'on regardait comme le plus capable d'éveiller des réactions « sympathiques, » ce qui avait fait dire dès l'antiquité que « la femme est toute dans l'utérus, que c'est pour l'utérus et par lui que la femme est ce qu'elle est, » et, à une époque voisine de nous, empruntant à M. de Bonald une formule vide mais brillante, que « la femme est un utérus servi par des organes. » Tout en tenant compte de la part d'exagérations que comportent les propositions données sous une forme aphoristique, nous devons reconnaître que les observateurs ont été de tout temps frappés de l'influence considérable exercée chez la femme sur l'ensemble des actions physiologiques, sinon par l'état anatomique fondamental, du moins par le fonctionnement de l'appareil génital.

Il est des troubles variés de la sensibilité et de la musculation qui, bien que s'observant à tout âge et chez les deux sexes, sont peu communs aux âges extrêmes, et assez rares chez l'homme pour y avoir été niés par nombre d'observateurs, alors qu'ils sont extrêmement communs chez la femme, dans la période de la vie comprise entre la puberté et la ménopause. On a appelé autrefois *hystériques* ces troubles qu'on rapportait aux « sympathies » qu'aurait éveillées un état pathologique de l'utérus.

A l'endroit de ces phénomènes *sympathiques*, — aujourd'hui *réflexes*, — deux questions se posent tout d'abord :

1° Sont-ils réellement et toujours réflexes? Ne seraient-ils pas au moins quelquefois primitifs, c'est-à-dire centriques, absolument ou relativement?

2° Que l'on considère les phénomènes hystériques comme réflexes ou comme centriques, qu'on les envisage comme se-

condaires ou comme primitifs, offrent-ils dans leurs manifestations une constance de forme manifestée, ou de type pathogénique, suffisante pour permettre de faire de leur ensemble une espèce morbide définissable ?

Ces questions ont été jusqu'ici résolues dans des sens différents. Aussi trouvons-nous un chapitre consacré à l'hystérie dans les traités de *gynécologie* et dans ceux de *pathologie nerveuse.* Je crois que dans les uns et dans les autres ce chapitre est à sa place ; j'aurai seulement à vous indiquer quelles y devraient être, selon moi, ses limites dans chacun, limites laissées peut-être plus indécises que ne le comporte l'état actuel de nos connaissances.

Si nous nous reportons à une tradition à peu près universellement acceptée depuis l'antiquité grecque jusqu'à Charles Lepois, c'est-à-dire jusqu'à la fin du XVIe siècle, l'hystérie serait une névrose secondaire, dont le point de départ devrait être cherché dans un état pathologique de l'utérus.

Depuis, la thèse contraire, celle qui ferait de l'hystérie une névropathie spéciale, primitive, centrique, indépendante de l'état initial de l'utérus, et n'exerçant sur le fonctionnement de l'appareil génital qu'une influence médiocre ou nulle, a trouvé quelques défenseurs.

Entre ces opinions extrêmes, il y a place pour des vues moins absolues, pour l'admission entre le centre nerveux et l'appareil génital d'une solidarité spéciale, moins étroite peut-être qu'on ne l'avait admis d'abord, mais suffisante pour rendre compte d'un enchaînement de phénomènes offrant une certaine fixité pathogénique au milieu des manifestations les plus capricieuses en apparence. Dans cet ordre d'idées, l'*hystérie*

constituerait difficilement une espèce morbide définie: mais l'adjectif *hystérique* devrait être conservé pour exprimer la part qui, dans le concours si fréquent de deux ordres différents de conditions morbides, revient à l'appareil génital. Je ne m'étendrai pas ici sur les raisons qui me font me rattacher à cette vue éclectique; c'est à l'occasion de l'examen des symptômes qu'elles peuvent être le plus utilement exposées et discutées.

Je vous déclarerai toutefois me rapprocher plus des idées traditionnelles qui prêtent peut-être à l'utérus un rôle exagéré, que de celles d'auteurs contemporains qui tendent à le faire passer au second plan ou même à le mettre hors de cause. Il ne me paraît pas nécessaire d'amoindrir le rôle de l'utérus pour faire sa part à l'intervention du système nerveux dans les désordres dont nous abordons aujourd'hui l'étude.

On a appliqué le nom d'*hystérie* à un ensemble de manifestations d'ordre nerveux bien plus qu'utérin, ensemble des plus variables, dans lequel les phénomènes relativement fixes seraient d'abord une crise convulsive, dans laquelle la sensation d'une boule montant de l'épigastre au larynx représenterait l'aura, dans laquelle l'ataxie consisterait en des phénomènes de musculation désordonnée en partie toniques et en partie cloniques, avec ou sans perte de connaissance, dans laquelle, enfin, la détente s'accompagnerait d'hypersécrétion lacrymale et de polyurie.

Telle est la crise classique, à laquelle l'appareil génital semblerait tout à fait étranger si l'imminence de la menstruation, surtout d'une menstruation un peu difficile, ne figurait au nombre de ses causes les plus communes, et si cette crise elle-

même ne pouvait être quelquefois suspendue ou arrêtée au cours de sa manifestation par la compression des ovaires, spécialement de l'ovaire gauche.

Le rôle du molimen menstruel, très important comme cause prédisposante, n'est toutefois décisif que très exceptionnellement. La cause déterminante est le plus souvent une émotion, légitime ou pathologique, c'est-à-dire une cause morale. Dans des cas plus rares, une fatigue physique excessive, une série d'efforts musculaires, devient la cause déterminante de la crise, cause étrangère encore à l'appareil génital. Plus rarement encore on a vu enfin la crise décidée par l'accomplissement de l'acte vénérien. Sa physionomie reste-t-elle alors la même ? ne représente-t-elle pas, dans ce cas, une crise mixte d'aspect spécial? — C'est une question que je pose sans prétendre y répondre n'ayant pas eu l'occasion d'observer ce cas, et n'en connaissant pas de relation assez circonstanciée pour permettre d'en fixer le caractère.

Nous voyons, en somme, qu'étant donnée une situation très tendue, — dont nous aurons à rechercher les origines, — un ébranlement quelconque, physique ou psychique, banal ou vénérien, suffit à déterminer la crise hystérique.

A côté de cette manifestation typique, de cette crise convulsive, on rencontre constamment un certain nombre de symptômes que leur fréquent concours a fait rattacher à l'hystérie. Leur annexion opérée, on s'est souvent contenté de leur présence pour porter le diagnostic « hystérie » alors que quelques-uns d'entre eux se rencontrent, en l'absence même de la crise convulsive.

Je me contenterai, pour le moment, de vous énumérer ces

symptômes, me réservant de discuter, alors que nous les examinerons en particulier, les raisons qu'on peut avoir, dans des circonstances à établir, de les qualifier « hystériques ».

Les phénomènes douloureux sont les plus communs : algies intercostales, lombo-abdominales, bregmatiques, gastriques, rachidiennes, occipito-frontales, cardiaques, faciales.

Je vous rappelais tout à l'heure la physionomie sommaire de la crise convulsive typique; d'autres phénomènes ataxiques s'observent à coté ou indépendamment d'elle : des contractures, des vomissements, de la toux, plus rarement des tics.

Des phénomènes paralytiques ont été aussi rattachés à l'hystérie, communs dans l'appareil sensitif, plus rares dans l'appareil moteur. Les analgésies cutanées seraient les plus fréquentes. Je l'admets pour ce qui est de leur fréquence relative, mais fais des réserves à l'endroit de leur fréquence absolue, qui me paraît avoir été exagérée dans ces derniers temps. Les anesthésies tactiles et musculaires viendraient ensuite. Plus rares sont les anesthésies sensorielles, optiques, auditives, olfactives et gustatives. Parmi les anesthésies, il en est une qui doit représenter un état pathologique complexe : je veux parler de la paralysie, complète ou incomplète, générale ou partielle, du sens génital. Malgré l'intérêt doctrinal — et pratique — que peut offrir ce symptôme, je ne sache pas qu'il ait été signalé ; son étude présente d'ailleurs des difficultés de divers ordres par lesquelles s'explique l'oubli où on paraît l'avoir laissé.

La plus fréquente des paralysies du mouvement considérées comme hystériques est l'*aphonie*. Peut-être cette proposition ne serait-elle pas tout à fait exacte s'il fallait accepter comme hystériques toutes les paralysies du mouvement, hémiplégies,

paraplégies, ou paralysies plus limitées, qui ont été présentées sous ce titre.

A l'occasion de l'attaque convulsive, je vous ai rappelé les crises lacrymales et urinaires. En dehors des attaques, nombre d'hystériques présentent, soit accidentellement, soit d'une façon presque permanente, des pneumatoses plus ou moins considérables.

C'est de l'hystérie classique que je vous ai entretenus jusqu'à présent; c'est elle que nous rencontrons habituellement ici et que vous retrouverez journellement dans votre pratique. De par le cadre de nos études, surtout utérines, et de par le théâtre où nous observons, je ne me crois pas obligé de vous parler de l'hystéro-épilepsie, de ce qu'on a appelé dans ces derniers temps la *grande crise*. Son étude me paraît mieux à sa place dans la partie du cours que nous consacrons à la pathologie nerveuse; puis mon expérience personnelle ne me permettrait de rien ajouter actuellement à ce qu'ont publié sur cette affection Charcot, Bourneville et P. Richer.

Je garderai la même réserve à l'endroit des phénomènes vésaniques de l'hystérie ou chez les hystériques. Les opinions exprimées à leur sujet me paraissent refléter surtout les milieux dans lesquels ont observé ceux qui les ont émises. Existe-t-il une vésanie offrant des caractères qui lui soient propres, et qu'on soit autorisé à rattacher au groupe hystérique ? Quelques aliénistes, sans être nettement affirmatifs sur ce point, ont admis comme au moins fréquentes chez les hystériques les anomalies des facultés intellectuelles et affectives. Je ne me considère pas comme en mesure de discuter utilement ce point de doctrine, sur lequel mes trop rares observations d'hystérie chez

des aliénées ou de bizarreries de caractère chez des hystériques me laisseraient fort hésitant. Avant de conclure à une forme spéciale de vésanie, je voudrais voir étudier l'état mental des hystériques et l'hystérie chez les aliénées parallèlement dans les asiles, dans les communautés religieuses, dans les prisons, et dans le monde. Pour ce qui est de ce dernier champ d'observation, il ne m'a pas semblé que la pratique de la ville nous mît en présence de bizarreries psychiques offrant des modalités communes assez accusées pour autoriser la constitution, soit d'une variété encéphalopathique distincte, soit d'un chapitre spécial dans la séméiologie de l'hystérie. Pour ma part, j'ai rencontré dans le monde une majorité d'hystériques fort correctes au point de vue intellectuel et instinctif, quelques aliénées chez lesquelles il ne m'a pas semblé que les troubles psychiques présentassent des caractères spéciaux, quelques sujets enfin chez lesquels l'état mental était manifestement influencé par des troubles utérins, mais dans des conditions communes analogues à la lypémanie passagère de bien des dyspeptiques. J'aurai d'ailleurs à vous parler de ces dernières à l'occasion des anesthésies sensorielles.

Ici, où nous avons surtout souci de la pathogénie en vue de la thérapeutique, je ne vois pas d'utilité à surcharger la description en y accumulant toute la symptomatologie dont les hystériques peuvent offrir des exemples : la neuro-pathologie entière devrait y passer. Je réduirai donc le tableau à l'énumération des symptômes qui se rencontrent le plus habituellement. Le donner complet eût entraîné un inconvénient qui frappe dans certaines monographies : la description, montée en couleur par un choix d'emprunts aux cas exceptionnels, singuliers, arrive à ne plus répondre aux réalités de la clinique courante. C'est en

quelque sorte en *post-scriptum* que je vous donnerais ces informations complémentaires, si elles me paraissaient de nature à éclairer quelque point de doctrine. Mais nous trouverons dans l'hystérie vulgaire des spécimens suffisants de tous les types dont le mécanisme nous intéresse.

En ne vous rappelant que très sommairement la physionomie symptomatique de l'hystérie et les conclusions contradictoires auxquelles ont conduit les discussions relatives à son étiologie, mon but était seulement de fixer, par un résumé concis, l'impression qu'ont pu vous laisser vos souvenirs cliniques. C'est à l'analyse des symptômes qu'il nous faut maintenant recourir, si nous voulons arriver à asseoir sur des vues rationnelles les méthodes ou les expédients thérapeutiques au choix desquels tendent nos recherches.

Les symptômes d'ordre paralytique nous occuperont d'abord, non qu'ils soient les plus importants ni les plus communs, au contraire, mais parce que leur étude est la meilleure introduction à celle des symptômes dont nous aurons à rechercher ensuite les conditions pathogéniques.

Sans avoir à m'appesantir ici sur l'histoire générale des paralysies du mouvement, qui a été exposée dans une autre partie de ce cours, je vous rappellerai :

Que la paralysie du mouvement se présente avec des caractères différents suivant que la lésion qui la produit a son siège dans le centre cérébral ou dans la périphérie sensitive; ou suivant qu'elle siège dans la périphérie motrice, celle-ci comprenant les amas des cellules de la corne grise antérieure de la moelle ou des cellules similaires de la substance grise encéphalique ;

Que, dans le premier cas, alors que la lésion siège dans la substance cérébrale, — primitivement ou consécutivement à une affection des conducteurs centripètes, — on a affaire à une *paralysie cérébrale*, c'est-à-dire à une paralysie dans laquelle les organes immédiats du mouvement, nerfs et muscles, sont *soustraits à l'influence cérébrale ;*

Que ces paralysies cérébrales sont caractérisées cliniquement par la conservation et quelquefois l'exagération de la contractilité musculaire, et par la conservation et souvent l'exagération de la motricité réflexe ;

Que lorsque la lésion siège dans le nerf moteur ou dans ses origines médullaires, on a affaire à une *paralysie spinale*, c'est-à-dire à une paralysie dans laquelle les organes moteurs proprement dits, nerfs et muscles, sont *soustraits à l'influence du centre spinal* ou « *diastaltique* » de Marshall Hall ;

Que ces paralysies spinales sont caractérisées cliniquement par la diminution ou la perte de la contractilité musculaire, et nécessairement par l'abolition des mouvements réflexes aussi bien que centriques.

Accessoirement, je vous ai autrefois indiqué que les réactions seraient, dans les paralysies musculaires, s'il en existait de primitives, les mêmes que dans les paralysies spinales ; mais que la discussion des cas présentés comme exemples de paralysies musculaires établissait qu'en dehors de quelques intoxications aiguës produisant rapidement la mort par arrêt du cœur, il n'existait pas de faits authentiques de paralysies musculaires primitives ; que, par conséquent, la paralysie musculaire primitive, — qu'il ne faut pas confondre avec l'atrophie, — n'existe vraisemblablement pas en clinique, et que la perte de la contractilité nous permettra de mettre en cause le nerf

moteur, ou les cellules de la corne grise antérieure, ou, peut-tre, les expansions spinales de leurs pôles.

Etant acceptées ces propositions, que je crois avoir suffisamment établies ailleurs et que je ne vous donne aujourd'hui que comme définitions, les paralysies du mouvement dites hystériques sont-elles des paralysies cérébrales ou des paralysies spinales?

Malgré sa simplicité apparente, cette question est encore sans solution ; d'abord parce qu'on néglige généralement, — et cela m'est arrivé souvent dans mes premières observations, — d'interroger l'état de la contractilité dans les paralysies regardées comme hystériques; ensuite, parce que l'on a quelquefois, souvent peut-être, qualifié hystériques des paralysies quelconques, se rencontrant ou non chez des hystériques, et qui, chez celles-ci, n'avaient avec l'hystérie que des rapports de coïncidence.

C'est ce qui s'est présenté chez une malade que j'ai eu l'occasion d'observer, en 1861 et 62, à l'hopital Beaujon et à la Pitié, et dont j'ai publié l'observation, intéressante à d'autres points de vue, dans un mémoire sur les *algies centriques et réflexes* (*Archiv. gen. de Méd.*, 1868). Chez cette malade, considérée comme hystérique, existait une paraplégie incomplète avec perte notable de la contractilité musculaire, d'où j'aurais pu être amené à regarder les paralysies hystériques comme spinales. Mais le sujet ayant succombé à une apoplexie pulmonaire, on trouva à l'autopsie une tuméfaction très prononcée du renflement lombaire de la moelle, qui, soumis à l'examen de M. Luys, fut reconnu sclérosé. Chez une autre paraplégique, considérée comme hystérique, et qui a guéri lentement, mais progressive-

vement, à la suite d'un traitement de plusieurs mois, ainsi que chez une autre dont je vous donnerai l'observation, j'ai trouvé encore la contractilité musculaire très affaiblie. Mais il n'en est pas toujours ainsi ; et dans plusieurs paralysies dites hystériques, ou mieux peut-être dans plusieurs paralysies chez des hystériques, j'ai trouvé la contractilité parfaitement conservée.

Que conclure de là? — Que, provisoirement au moins, il n'y a pas lieu de se prononcer sur la nature cérébrale ou spinale des paralysies hystériques du mouvement. On pourrait même être tenté de se demander s'il existe des paralysies du mouvement qu'on soit autorisé à regarder comme hystériques. Je ne vois, pour ma part, aucune raison de les repousser ; mais il est à désirer que leur admission puisse être basée sur des considérations autres que certaines coïncidences ou la rapidité de leur guérison.

Avant d'aller plus loin, je vous rapporterai deux observations déjà anciennes, — elles ont été publiées en 1863, — de paraplégies que j'ai considérées comme hystériques. Dans un cas, la contractilité musculaire était affaiblie ; dans l'autre, au moins intacte.

Toutes deux ont été traitées par la faradisation utérine, avec un succès — au moins apparent — très marqué. Je reviendrai, quand va se poser la question de la nature et de la pathogénie de l'hystérie, sur les inductions auxquelles pourraient conduire ces succès, si, comme je le crois, la guérison a été due au traitement ou a été hâtée par lui.

Obs. LXXIV. — *Paraplégie hystérique. — Faradisation utérine. — Guérison.*

Mme L..., vingt-cinq ans, mère de deux enfants, m'est amenée en mars 1862 pour une paraplégie incomplète. La contractilité des muscles des jambes était très affaiblie, quoique ces membres eussent conservé leur volume normal.

En interrogeant les antécédents de la malade, je ne trouvai rien qui pût expliquer la paraplégie par une lésion spinale ou par une intoxication; mais des indications qui me furent données par madame L... et par son mari, il résultait qu'elle présentait ou avait présenté presque tous les symptômes convulsifs, algiques et paralytiques de l'hystérie. L'emploi des ferrugineux et un traitement hydrothérapique avaient été suivis d'une aggravation de tous les accidents.

Je songeai, en conséquence, à traiter cette affection par la faradisation de l'utérus, et pratiquai le toucher pour me guider dans le choix du procédé à employer. L'utérus était en antéversion très prononcée, abaissé, un peu engorgé; la faradisation recto-utérin était donc indiquée.

Quatre séances furent faites les 27 et 29 mars, 6 et 16 avril.

Règles le 19 avril, moins abondantes que d'habitude, durent huit jours, non douloureuses. Quelques jours après leur cessation, la malade marche mieux et fait de courtes promenades.

1er et 3 mai, faradisation recto-utérine. Une ulcération du col est touchée avec l'eau iodurée-iodée. Le 2, il était survenu de la nyctalopie.

6, 8, 10, 13 mai, faradisation recto-utérine ; cautérisation à l'eau iodurée-iodée. La marche est un peu meilleure; le sommeil est revenu. De temps en temps il y a cependant encore des hoquets et des vomissements.

Règles le 15 mai, durent huit jours, d'abondance moyenne.

La semaine qui suit les règles est mauvaise : hoquets, douleurs de reins, marche difficile. La position de l'utérus n'a pas changée d'une manière appréciable.

Faradisation utérine les 27, 29 et 31 mai, 3 et 5 juin. Une amélioration lente, mais évidente, est survenue. Madame L... peut faire d'assez longues courses et monte facilement les escaliers. Je conseille une saison de bains de mer.

Je n'ai plus revu cette malade et n'ai pu savoir comment s'était comportée sa déviation; mais j'ai su par son mari qu'elle était re-

venue bien portante à Paris, et qu'à la fin de 1863 la guérison se maintenait.

OBS. LXXV. — *Paraplégie. — Dysménorrhée. — Abaissement. — Rétroversion. — Faradisation utérine. — Guérison de la paraplégie. — Diminution de l'abaissement. — Grande diminution de la rétroversion.*

Mme de T., de Moscou, vingt-neuf ans, nullipare, m'est adressée pour une paraplégie qui date d'un an environ. En s'appuyant sur un bras, elle peut se tenir debout et faire quelques pas ; soutenue par deux personnes, elle peut descendre quelques marches d'escalier ; mais il lui est impossible de monter. La contractilité musculaire est conservée, peut-être un peu exagérée.

Jusqu'à vingt-quatre ans, alternatives d'aménorrhée et de ménorrhagies douloureuses. A vingt-quatre ans, aménorrhée complète et accidents inflammatoires (?). A suivi, à Wurzbourg, sous la direction de Scanzoni, un traitement dont elle s'est bien trouvée ; mais l'aménorrhée n'a pas été modifiée. Les règles ont enfin reparu, il y a dix-huit mois, peu abondantes et très douloureuses. Leucorrhée sans ulcération du col. Dyspepsie. Anémie extrême. Grande irritabilité sans convulsions. Insomnies.

Abaissement et rétroversion de l'utérus.

Du 13 au 19 octobre 1864, 7 séances de faradisation sus-pubio-utérine, un tamponnement avec pommade au tannin, 5 séances de faradisation cutanée de la région lombaire, qui est le siège de douleurs sourdes et persistantes.

La malade peut rester plus longtemps debout, aller et venir dans sa chambre en s'appuyant seulement aux meubles. L'appétit et le sommeil sont meilleurs, l'irritabilité moindre. Presque plus de leucorrhée.

Du 19 au 26, 7 séances de faradisation sus-pubio-utérine, avec faradisation humide lombo-poplitée.

Règles dans les derniers jours d'octobre, plus abondantes, avec retour des douleurs dorsales.

Absence d'un mois environ.

25 novembre. Le mieux a progressé ; la rétroversion est un peu moindre. Faradisation abdomino-utérine.

26 novembre. Règles, non douloureuses, abondantes, durent trois jours.

Du 1er au 5 décembre, 4 séances de faradisation abdomino-utérine et deux séances de faradisation cutanée du genou gauche dont l'inertie favorise la claudication. Mieux très sensible.

Le traitement fut, pendant un voyage que je fis alors, borné à la faradisation cutanée des parties qui se montraient accidentellement douloureuses : jambe gauche et région dorso-spinale.

A mon retour, en mars 1865, l'état général et la marche étaient assez satisfaisants; l'abaissement et la rétroversion persistaient.

Du 25 mars au 10 avril, 14 séances de faradisation alternativement vésico-utérine et bi-inguino-utérine, 7 séances de faradisation cutanée lombaire. Progrès rapides : la malade fait d'assez longues promenades en s'aidant seulement d'une canne; l'état général est satisfaisant; l'abaissement est moindre ; la rétroversion à peine marquée.

Mme de T. retourna à Moscou. J'ai appris d'une de ses parentes qu'elle avait beaucoup dansé l'hiver suivant.

Les réactions de la contractilité, qui fournissent dans une foule de cas une importante contribution au diagnostic direct ou différentiel des paralysies du mouvement, restent donc encore sans interprétation possible dans les paralysies de la motilité dites hystériques. Et ce *desideratum* peut n'être pas rempli de longtemps, parce que les caractères cliniques qui nous permettraient de faire de l'*acinésie hystérique* une espèce à part et de la définir nous font encore défaut.

Quelque tendance que j'aie à admettre des acinésies hystériques et à voir en elles des paralysies cérébrales, les données contradictoires que m'a offert ma pratique, et dont je viens de vous donner un exemple, me commandent à cet endroit une réserve qui devient nécessaire toutes les fois que le diagnostic étiologique laisse place à des incertitudes. C'est ainsi que, pour les paralysies rhumatismales et alcooliques, je n'ai pu encore me décider à les regarder comme spinales, parce que l'absence de caractéristique clinique autorise à comprendre sous un même diagnostic des affections dont les unes donneraient la formule d'une règle à laquelle les autres feraient exception.

Si vous vous reportez aux ouvrages classiques, vous y verrez que la séparation des paralysies en cérébrales et spinales, séparation si nette, si précise, et d'une si grande utilité clinique, est peu connue ou a été mal comprise. En revanche, vous y trouverez d'autres tentatives de classification sous des chefs qui trouvent surtout leur raison d'être dans une préoccupation descriptive : les paralysies y sont distinguées aussi en cérébrales et spinales, mais d'après la localisation encéphalique ou intra-rachidienne des lésions; puis en *centrales* ou en *périphériques* d'après des considérations du même ordre; enfin, en *directes* ou *réflexes*, lorsqu'on se fonde, pour les caractériser, sur des considérations plutôt physiologiques qu'anatomiques. Je me suis étendu, dans une autre partie du cours, sur les difficultés qu'on éprouve lorsqu'on veut utiliser en clinique ces essais de classification, dont il a été jusqu'ici impossible de tirer des vues systématiques claires et pratiques. Essayons cependant, en attendant mieux, d'assigner, sous quelqu'un de ces chefs, une place aux *acinésies hystériques*.

Les paralysies *centrales* sont celles qui dépendent d'une lésion des centres ; les *périphériques*, d'une lésion des cordons nerveux; les unes et les autres pouvant être cérébrales ou spinales. Cette distinction suppose toutefois à peu près faite l'histoire des paralysies auxquelles on l'applique; elle ne saurait actuellement, pour les paralysies hystériques, être d'aucune utilité.

Nous avons un peu mieux à attendre de la distinction des paralysies en *directes*, *centriques* ou *réflexes*.

Qu'un nerf moteur soit coupé, nous aurons dans les parties

auxquelles se distribue son tronçon périphérique une acinésie *directe*. Que pareille section porte sur un nerf sensitif, nous aurons une anesthésie *directe*. La paralysie du mouvement consécutive à la section du nerf moteur est en même temps *spinale*; quant aux affections du mouvement qui seront la conséquence de la section du nerf sensitif, elles se traduiront par quelques phénomènes d'ordre paralytique; ceux-ci appartiennent à la classe des paralysies *cérébrales*, en ce sens qu'une partie de l'influence cérébrale, celle qui est sous la dépendance des incitations centripètes, y fera défaut, et que c'est de ce défaut que dépendent les insuffisances motrices.

Les affections dépendant d'une lésion primitive, — ou exclusive au moment où l'on observe, — des centres, ont été appelées *centriques* par Marshall Hall. Nous leur conservons ce nom. Elles sont encore cérébrales ou spinales suivant le siège qu'elles occupent dans les centres.

Restent les paralysies *réflexes*. La détermination précise de leur caractéristique semble plus difficile.

C'est en 1855 que Marshall Hall publia pour la première fois,— au moins en français, — sa découverte des actions réflexes (*Aperçu du système spinal, ou de la série des actions réflexes*). Celle-ci passa à peu près inaperçue jusqu'à l'exposition lumineusement développée qu'en fit Cl. Bernard dans ses *Leçons sur la physiologie et la pathologie du système nerveux* (1858). Quelques années après, la notion des réflexes commença à pénétrer dans les spéculations pathologiques, et l'on en mit partout. Je ne crois pas qu'on eût été trop loin en donnant aux réflexes le rôle prépondérant dans les phénomènes paralytiques communs de la pathologie générale ; mais je crains qu'on ait fait quelquefois fausse route en leur attribuant ce rôle dans

l'histoire de la plupart des paralysies proprement dites, des paralysies ayant déjà une histoire.

Laissant de côté les réflexes ganglionnaires, dont l'influence se manifeste partout en physiologie, pathologique aussi bien que normale, examinons rapidement la part qui leur a été faite dans les paralysies.

Sous le titre de *myolèthe* (oubli du muscle), le Bon Heurteloup décrit (1860) toute une classe de paralysies subites et de très courte durée déterminées par une émotion vive, une surprise, etc.

Dans un travail sur les paraplégies, dont la première partie a paru en 1856, R. Leroy d'Etiolles fait dériver nombre de ces affections d'une lésion de l'appareil urinaire ; il leur attribue donc un mécanisme réflexe.

La même thèse est soutenue et généralisée un peu plus tard par Brown Sequard.

Le mécanisme réflexe des myolèthes d'Heurteloup est évident ; son travail offre nombre d'observations ingénieuses et bien interprétées, mais il s'applique à des faits qui, considérés isolément, n'ont qu'un intérêt pratique médiocre et sont assez fugaces pour n'avoir pris aucune place dans l'histoire des paralysies.

Pour les faits de R. Leroy d'Etiolles, je crois à une erreur d'interprétation, et ai longuement développé (*Manuel d'électrothérapie*, 1861) les raisons qui m'ont laissé cette conviction. La coïncidence de la paraplégie avec diverses affections des voies urinaires étant établie, la relation qui existe entre elles peut s'expliquer par deux hypothèses, dont l'une ferait dépendre l'affection nerveuse de la lésion des voies urinaires, tandis que l'autre subordonnerait, au contraire, l'affection urinaire à l'affec-

tion nerveuse. Cette dernière explication me semblait alors celle qui s'adapte le mieux aux faits, tant cliniques qu'expérimentaux, exposés dans le mémoire même de Leroy.

Je persiste aujourd'hui, au moins d'une manière générale, dans l'opinion que j'émettais il y a vingt ans sur les conclusions de Leroy, bien que je sois disposé à reprendre, pour l'appareil génital de la femme, une partie de sa thèse, avec des réserves toutefois dont ces leçons vous donneront la mesure. Pour les acinésies notamment, puisque c'est d'elles qu'il est actuellement question, je les considérerais volontiers comme réflexes, mais les crois plus rares qu'on ne l'admet, et dépendant de causes multiples dont toutes n'ont pas avec l'appareil génital des rapports très étroits.

Quant au travail de Brown Sequard, c'est un plaidoyer en faveur d'une vue *a priori*, ingénieuse peut-être, mais qui ne repose sur aucune donnée clinique et paraît surtout un jeu de l'esprit. « La paralysie réflexe, dit-il, est celle produite par une irritation transmise d'un nerf sensitif à la moelle épinière. » Puis il ajoute immédiatement : « L'irritation, après avoir atteint le centre nerveux, peut se réfléchir, soit sur les vaisseaux sanguins de ce centre même, soit sur ceux des nerfs moteurs, soit sur ceux des muscles. »

La première partie de cette proposition, la définition, me satisferait si elle n'excluait le centre cérébral, qui, bien que conscient, peut fonctionner comme centre réflexe. Quant à la seconde, je n'y saurais voir qu'une hypothèse, et une hypothèse qui a le défaut de laisser de côté nombre de faits d'observation. L'impression exercée sur le centre par l'irritation du conducteur centripéte ne se traduit pas seulement, lorsqu'elle est passagère, par des réactions de motricité vasculaire. Qu'au lieu d'agir passa-

gèrement, elle agisse d'une manière continue, la modalité des réactions sera-t-elle changée? — Rien n'autorise à le supposer.

L'irritation permanente d'un nerf sensitif, — irritation qui peut n'être pas douloureuse, ainsi que j'en ai autrefois fourni des exemples cliniques, — constitue le centre à l'état pathologique. Cet état pathologique peut être fort grave, comme il arrive dans l'empoisonnement par la strychnine, dans le tétanos, peut-être dans la rage, sans être surtout imputable à des troubles locaux de la circulation capillaire, à des anémies ou des congestions spinales, — ou cérébrales.

Revenons aux hystériques.

On rencontre assez souvent, chez les névrosiques qualifiées hystériques, des paralysies du mouvement pour être conduit à admettre des acinésies hystériques, — la signification précise du mot *hystérique* étant réservée.

Les considérations que j'aurai incessamment à vous présenter sur la pathogénie des phénomènes algiques et ataxiques chez cette classe de malades me portent à admettre que ces acinésies peuvent être d'origine *réflexe*, ou, si vous aimez mieux, *centriques secondaires*.

D'autre part, ce qu'on sait des anesthésies chez ces malades ne serait pas inconciliable avec l'admission, plus en faveur depuis quelques années, d'une affection *centrique primitive*.

Sans repousser ce second mécanisme, admissible au moins dans les cas où une partie faible semble constituée par voie d'hérédité, j'inclinerais surtout vers le premier, vers celui qui conduirait à regarder les acinésies hystériques comme centriques secondaires, c'est-à-dire comme réflexes

L'absence de données pathogéniques un peu définies rend forcément ingrate la tâche de vous parler du traitement des paralysies hystériques du mouvement. Heureusement, le propre de ces paralysies est de guérir facilement ou même de guérir seules ; si l'on a pu dire que contre elles tout ait échoué quelquefois, il est plus exact de dire que tout réussit habituellement. Il ne faudrait pas conclure de là à l'inutilité de les traiter ; car il est constant qu'une thérapeutique bien ordonnée en abrège singulièrement la durée probable, alors qu'elle n'en amène pas très rapidement la guérison.

Et d'abord, dans ces affections comme dans toutes les autres, on doit s'occuper de la malade autant que de la maladie ; de là, des indications générales que nous passerons en revue lorsque nous nous préoccuperons des conditions d'ensemble de l'hystérie. L'appareil symptomatique nous conduit ensuite à deux ordres d'indications, les unes symptomatiques proprement dites, les autres causales. Ici, nos tentatives de pathogénie n'ont fourni que des présomptions, et, par conséquent, que des indications thérapeutiques à contrôler. Si les acinésies hystériques sont des paralysies réflexes, à point de départ utérin, la faradisation utérine devra y réussir ; elle y réussit en effet. Mais la révulsion au niveau de l'organe paralysé réussit souvent aussi ; mais la faradisation musculaire n'y compte pas moins de succès ; mais, enfin, la galvanisation continue des centres en compte aussi.

N'essayons donc pas de nous prononcer encore et d'arrêter un choix. Les moyens pharmaceutiques peuvent cependant être à peu près écartés : à peine utiles dans quelques cas contre l'état général, ils sont sans valeur contre « l'affection ».

L'hydrothérapie agit déjà dans des conditions plus larges ; aussi compte-t-elle des succès. L'électricité, enfin, est de tous les modificateurs celui qui réussit le mieux ; mais elle réussit, ou à peu près, sous toutes les formes, et comme ces formes sont multiples, nous nous trouvons fort empêchés de faire servir le résultat thérapeutique à l'interprétation du mécanisme pathogénique.

Quoi qu'il en soit, j'ai vu des paralysies regardées comme hystériques céder à la faradisation utérine seule. J'en ai guéri d'autres par la galvanisation continue centripète. La galvanisation continue (?) centrifuge aurait donné aussi des succès. Enfin, Duchenne et plus tard Briquet en ont obtenus de la faradisation localisée, soit musculaire, soit révulsive.

Parmi les acinésies regardées comme hystériques, l'aphonie est la plus commune. Je vous ai cité un cas (obs. I) où la faradisation utérine seule en avait eu raison ; elle est surtout justiciable de la faradisation localisée exercée soit avec un excitateur extérieur prélaryngien, soit avec un excitateur porté dans le larynx, ou, derrière lui, dans l'œsophage. Dans ces cas, on ferme d'habitude le circuit sur le devant du cou ou sur la nuque ; je trouve plus commode de le fermer dans une main.

Si les paralysies du mouvement sont, en somme, peu communes chez les hystériques, il n'en est pas de même des paralysies de la sensibilité, bien que celles-ci m'aient paru moins fréquentes qu'on ne serait disposé à le croire d'après les relevés statistiques de Briquet. A ce sujet, je vous répéterai qu'il ne faut jamais séparer les relevés statistiques du milieu dans lequel ils ont été pris, et donner comme ayant une portée gé-

nérale des chiffres recueillis dans des conditions spéciales. Or les chiffres de Briquet ont été, pour la plus grande partie, pris dans des milieux hospitaliers, où ne seraient pas admises la plupart des malades que nous observons en ville et même ici. Si les cas, presque exceptionnels, qu'on rencontre dans les hôpitaux sont plus favorables à l'étude clinique de certains symptômes, ils sont moins propres à donner une idée exacte de la physionomie générale de l'affection dans la multitude des cas que nous présente la pratique courante.

Des anesthésies de toute nature ont été rattachées à l'hystérie, anesthésies sur lesquelles je m'arrêterai peu, me contentant de vous signaler deux caractères généraux sur lesquels se base d'ordinaire leur diagnostic : la facilité de leur déplacement, qui les fait distinguer des anesthésies rhumatismales, et leur guérison souvent rapide, soit spontanée, soit sous l'influence de traitements divers, mais plus spécialement des médications physiques : électriques, cinésiques, hydrothérapiques.

On a donné comme exemple d'anesthésies hystériques des cas de cécité ou de surdité cessant spontanément ou facilement guéris. Les auteurs qui ont écrit sur l'électricité au siècle dernier en rapportent un certain nombre ; seraient-ils plus rares aujourd'hui ? Pour ma part, je n'ai encore rencontré que les formes hémiplégiques. J'ai vu, chez des hystériques, des cas rares d'héméralopie et de nyctalopie ; Galezowski a observé des dyschromatopsies qu'il a cru pouvoir donner comme hystériques. Je crois moins rares, chez cette classe de malades, les paralysies de la gustation et de l'olfaction.

Moins rares sont surtout les anesthésies tactiles.

Leur histoire se lie intimement à celle des paralysies, de beaucoup les plus communes, de la sensibilité générale, c'est-à-dire des analgésies, qui existent habituellement en même temps qu'elles.

Ces dernières se rencontrent fréquemment, tantôt occupant toute une moitié du corps, tantôt plus étroitement localisées; et il n'est pas douteux qu'on les observerait plus souvent si l'on en recherchait l'existence, sur laquelle les malades n'appellent pas l'attention, car elles les ignorent presque constamment.

J'ai signalé, il y a vingt ans, leur coïncidence possible avec des douleurs spontanées rapportées à la partie analgésique, et c'est cette coïncidence qui m'avait conduit à les constater, chez des rhumatisantes d'abord, chez des hystériques ensuite, dans les régions articulaires, puis au niveau de la peau. Ayant traité par la révulsion électrique des douleurs articulaires et des douleurs cutanées ou musculaires, j'avais été frappé de l'aisance avec laquelle était supportée cette application que vous savez être fort douloureuse; il y avait donc en même temps analgésie. J'ai pu constater, dans les mêmes circonstances, qu'indépendamment de l'analgésie, qu'on fait disparaître assez facilement, il existe quelquefois des anesthésies articulaires, plus rebelles, capables de gêner notablement la marche et surtout la station debout.

Alors qu'elles ne s'accompagnent pas de phénomènes douloureux, les analgésies présentent encore de l'intérêt au point de vue thérapeutique.

J'aurai à m'arrêter tout à l'heure sur le rôle que peut être ap-

pelé à jouer, comme point de départ de phénomènes réflexes, la lésion nerveuse qu'elles accusent.

Dès à présent, et pour n'avoir pas à revenir sur une question encore fort obscure, je dois vous signaler l'intérêt que présentera vraisemblablement l'étude des analgésies comme source d'informations physiologico-pathologiques. Les expériences récentes sur leur déplacement d'abord, sur leur guérison plus ou moins durable ensuite, sous l'influence d'agents dits esthésiogènes, — applications métalliques, magnétiques, de bois, de collodion, etc., — ont ouvert la voie à des recherches qui ne peuvent manquer d'éclairer à la longue la question de leur mécanisme. Tout ce que je puis vous dire actuellement de ces agents, dont quelques-uns, les bois par exemple, nous paraissent singuliers, c'est qu'aucune des théories par lesquelles on a cherché à expliquer leur action n'est de nature à nous satisfaire. Après avoir constaté la remarquable efficacité des applications métalliques contre certaines contractures douloureuses, j'avais cru pouvoir, dans mon *Manuel d'Electrothérapie* (1861), rattacher leur action à des dérivations produites par elles dans le parcours des courants physiologiques, dérivations capables d'amener une perturbation dans la distribution des courants organiques superficiels, et d'agir ainsi sur l'état électrique des couches profondes. Mais cette explication, dont s'accommoderaient à la rigueur les applications de collodion, fermant des voies de dérivation au lieu d'en ouvrir de plus larges, ne tient guère devant les résultats semblables que donneraient les applications de disques de bois. Quant aux effets thérapeutiques, leur notion n'a ni confirmé ni infirmé les hypothèses relatives à leur mécanisme ; ils ont peu ajouté, d'autre part, aux ressources dont nous disposions, révulsion

ou galvanisation continue polaire, dans les cas au moins où ils ont été surtout préconisés. Je crois cependant qu'on trouvera aux applications métalliques des indications spéciales; de ce nombre seraient surtout les crampes, contre lesquelles on les avait employées par tradition empirique autrefois, puis, de nos jours, d'après les conseils de Burq.

Un autre trait de l'histoire des analgésies hystériques, qui doit nous toucher au point de vue clinique, est la possibilité,— la fréquence peut-être, — de leur combinaison avec les anesthésies tactiles, parmi lesquelles la perte du *sens musculaire* tient un rang important.

L'anesthésie musculaire, bien connue depuis les travaux de Duchenne sur l'ataxie locomotrice, ne se rencontre pas seulement dans cette redoutable affection ; c'est chez une hystérique que Ch. Bell l'observa pour la première fois, et d'après elle qu'il en donna une description qui n'a rien à envier à celle de Duchenne. Nous devons à ce dernier la relation d'un cas dans lequel l'affection existait à un degré tel, chez une hystérique, que la malade, observée dans les salles de la Charité, ne pouvait plus, la nuit, se retourner dans son lit quand la veilleuse de la salle était éteinte. Il est rare que les choses en viennent à ce point ; mais je crois que lorsque l'attention sera appelée de ce côté, on rencontrera plus souvent des exemples de paralysies partielles et circonscrites du sens musculaire.

Dans l'article *Hystérie* du *Nouveau Dictionnaire de Médecine et de Chirurgie pratiques*, Bernutz mentionne les paralysies du mouvement qui dépendraient des paralysies de la sensibilité. Bien que l'auteur de cet article y soit peu explicite, il a sans doute voulu parler des paralysies du mouvement dans

lesquelles le principal rôle appartiendrait à l'anesthésie musculaire. Il y a là un champ d'études que je recommande à ceux d'entre vous qui fréquentent les hôpitaux. Vous savez que les paralysies du sentiment ne peuvent pas exister sans compromettre dans une certaine mesure l'intégrité des mouvements. En présence d'une paralysie du mouvement regardée comme hystérique, il y aurait donc lieu d'en analyser les conditions et de rechercher si elle ne peut s'expliquer, et dans quelle mesure, par une paralysie du sentiment. Les cas où cette relation pourrait s'établir appartiendrait à des paralysies cérébrales, paralysies par mécanisme réflexe, où la contractilité devrait se montrer conservée, quelquefois même exagérée.

Il est un ordre de paralysies sensorielles qui, méconnues en tant que paralysies, n'ont pas d'histoire médicale, mais sur les effets desquelles on a bâti la légende littéraire et mondaine de l'hystérie. Je veux parler des paralysies du *sens génital*. Car c'est à une anesthésie totale ou à la paralysie de quelqu'une des composantes de la sensibilité génitale que j'attribue les singularités instinctives et psychiques présentées, non constamment mais souvent peut-être, par les malades qui nous occupent.

Un préjugé encore fort répandu dans le monde, préjugé qui n'est que le reflet un peu dénaturé d'anciennes opinions médicales, fait du mot *hystérie* le synonyme de *nymphomanie*.

Au premier abord, c'est là une erreur qui ne mérite pas réfutation. Passant en revue les données, généralement vagues, que nous pouvons avoir sur l'état du sens génital chez nos malades, nous voyons que, s'il se rencontre dans la masse des hystériques quelques nymphomanes, que si nous y trouvons,

plus souvent peut-être, des perversions du sens génital, le plus grand nombre nous offre des exemples de la diminution ou de la perte de l'appétit vénérien. La part faite à la frigidité des hystériques, nous devons cependant reconnaître que les trois cas que je viens de vous signaler, — appétit exalté, perverti, diminué ou aboli, — doivent reconnaître des mécanismes pathogéniques différents. Or, malgré la difficulté des informations, malgré la contradiction réelle ou apparente des renseignements, je crois qu'on doit rattacher ces anomalies à un même mécanisme fondamental : à l'anesthésie. Les différences que présentent les expressions symptomatiques s'expliqueraient ensuite par les localisations différentes de l'anesthésie dans un appareil dont les impressions d'ensemble représentent la résultante d'impressions élémentaires multiples, dont l'intégrité peut être affectée à la fois ou isolément.

Je viens de vous dire que l'appétit vénérien était, en général, amoindri chez les hystériques. Le fait est patent chez nombre d'entre elles, qui en ont conscience.

Mais il n'en est pas toujours ainsi. Il est des cas dans lesquels je crois la sensibilité génitale éteinte partiellement, où les malades n'ont pas conscience de leur infirmité, se croient, au contraire, des appétits exagérés, et se gouvernent quelquefois en conséquence, malgré les déceptions qu'elles en retirent. Qu'arrive-t-il dans ces cas ? — qu'un desideratum cérébral d'origine réflexe est pris pour un appétit défini avec lequel il a normalement des relations physiologiques qui expliquent l'erreur. Pareille chose se voit dans certaines formes dyspeptiques où le sentiment de la faim existe indépendamment de tout besoin, indépendamment de tout pouvoir de le satisfaire, et où l'in-

gestion d'une quantité minime d'aliments amène aussitôt la satiété, le dégoût, et suffit quelquefois à déterminer des phénomènes d'indigestion.

Il est donc des hystériques qui croient à tort avoir des appétits vénériens très marqués. J'ai eu occasion d'en rencontrer quelques-unes que j'ai pu questionner. Plusieurs ont une conscience plus ou moins nette du néant de ces appétits; aussi ne cherchent-elles pas à les satisfaire. D'autres s'adressent à la masturbation comme à un remède qui, de loin en loin, amènerait une détente. Quelques-unes enfin cherchent obstinément dans le rapprochement sexuel une satisfaction qu'elles n'y trouvent pas ou n'y trouvent que très exceptionnellement. J'ai rencontré ces perversions de la sensibilité chez des femmes de tout âge et dans toutes les conditions sociales, aussi bien chez celles qui observent la continence que chez celles qui s'octroient la plus grande liberté de mœurs.

Comment interpréter ces singularités apparentes?

Je ne crois pas qu'on puisse les expliquer autrement que par des ruptures d'équilibre dépendant de paralysies de la sensibilité, et admets que la physionomie propre de chaque cas est en rapport avec une localisation spéciale de l'anesthésie ou des anesthésies.

Lorsque, dans une autre partie de ce cours, nous avons étudié les conditions générales d'innervation de l'appareil génital chez l'homme, j'ai établi que deux composantes des manifestations qui se rattachent à l'orgasme, l'érection et l'excrétion spermatique, se trouvaient sous la dépendance d'actes nerveux non seulement différents, mais antagonistes dans une certaine mesure; — que l'érection était en rapport avec l'activité du centre spinal, qu'elle constituait une manifestation réflexe, pou-

vant devenir centrique et exister isolément comme il arrive dans le priapisme; — que l'éjaculation, au contraire, exigeait pour se produire un concours cérébral qui, poussé trop loin, tendait à empêcher l'érection en paralysant le centre spinal, et qui, se transformant en une irritation centrique permanente, déterminait la spermorrhée; — qu'enfin, outre ces actions bien définies traduisant l'intervention de centres relativement bien localisés, intervenaient des influences émanant nécessairement d'un troisième centre, très différent des deux premiers par ses propriétés; dont l'activité, loin de paralyser les deux autres, leur vient en aide, centre en partie conscient d'actes réflexes, que je crois être cérébelleux, et dont l'activité pathologique se traduirait par le satyriasis.

Essayons d'appliquer ces données à l'interprétation des anomalies du sens vénérien chez la femme. L'observation du symptôme y est moins facile en raison de la difficulté de poser des questions dont la moralité serait généralement mal interprétée; mais je crois que cette première difficulté vaincue, les localisations des infirmités périphériques deviendraient relativement faciles.

Chez la femme, les centres nerveux sont les mêmes : le spina et le cérébral, dont le rôle général est bien défini, et un troisième, celui que je crois cérébelleux, dont les fonctions sont moins connues.

Du côté de la périphérie nous trouvons, pouvant influencer le fonctionnement des centres, ou être, au contraire, sous leur dépendance, des irritations ou des paralysies, irritations et paralysies accusant ou produisant un état inverse des centres. L'état actuel de nos connaissances ne permettra que très exceptionnellement, en présence d'un symptôme donné, de se prononcer

sur l'ordre de subordination des influences centriques et des influences périphériques ; cependant, l'observation clinique nous permet souvent de noter quelques signes indépendamment de la cause physiologique prochaine à qui les attribuer. Parmi ceux-ci sont des anesthésies. Des observations, sinon décisives du moins assez multipliées, m'ont laissé la conviction que l'orgasme vénérien est lié, chez la femme, au concours de deux ordres au moins de sensations, les unes clitoridiennes, les autres utéro-ovariennes; que la synergie de ces deux ordres d'impressions est nécessaire à la production de l'orgasme physiologique; enfin, que ces deux modes de sensibilité peuvent être lésés ensemble ou séparément.

Peut-être les modes de sensibilités distinctes sont-ils plus nombreux? Peut-être la sensibilité utéro-ovarienne doit-elle être dédoublée? S'il en était ainsi, la diversité des expressions symptomatiques des troubles de la sensibilité génitale serait plus grande; mais le mécanisme général de leur production resterait le même.

S'il me fallait enfin admettre, — ce à quoi je suis très disposé, — que ces divers modes de sensibilité affectent inégalement les centres, je considérerais la sensibilité clitoridienne, bien qu'elle donne les impressions les plus nettement conscientes, comme commandant surtout les réflexes spinaux; tandis que la sensibilité utéro-ovarienne, bien que confuse, commanderait surtout les réflexes cérébraux, — ou cérébelleux.

Ces sensibilités, vous ai-je dit, peuvent se perdre; elles peuvent faire défaut ensemble ou isolément.

Pour la sensibilité utéro-ovarienne, pour celle qui décide sur-

tout le spasme vénérien et correspondrait aux causes prochaines de l'éjaculation chez l'homme, je crois que très souvent elle n'a pas à disparaître, n'ayant jamais existé.

Qu'arrive-t-il, en effet, à l'état physiologique? — La sensibilité clitoridienne s'observe à tout âge. Alors que, chez la très jeune femme, cette sensibilité clitoridienne existe avec toute sa délicatesse, la sensibilité utéro-ovarienne se montre généralement absente ou fort obscure. Celle-ci ne se manifeste d'ordinaire qu'après la vingt-cinquième année, souvent plus tard, quelquefois jamais ; je crois que son existence n'est guère acquise avant l'âge de vingt-six à trente-deux ans, avant la période où la femme entre dans ce que je serais tenté d'appeler sa « seconde manière, » alors que, très amoindrie comme reproductrice, elle commence à vivre pour elle-même.

Je crois que chez les hystériques les sensibilités vénériennes sont le plus souvent amoindries ou abolies simultanément ; de là, en opposition avec l'opinion des gens du monde qui croient l'hystérie une exaltation du sens génital, celle de la plupart des médecins qui seraient disposés à y voir un amoindrissement de cette faculté.

Cependant les deux opinions pourraient se réclamer des faits.

Plus souvent peut-être, en effet, les modes de sensibilité entre lesquels je viens de faire une distinction sont lésés inégalement. De là des bizarreries de l'appétit vénérien qui ont bien plus contribué à asseoir le préjugé courant que les faits relativement rares de son exaltation pure et simple. C'est à la paralysie isolée de quelqu'une des composantes de la sensibilité génitale que j'attribue les singularités instinctives et psychiques présentées, non constamment mais souvent peut-être, par les malades qui nous occupent.

Je n'appuierai pas davantage, Messieurs, sur un sujet qui n'a pas encore été étudié, que je sache, sujet obscur, où les informations sont particulièrement délicates et difficiles, et sur lequel je ne voudrais pas prendre de conclusions d'après quelques observations la plupart très sommaires et incomplètes. Mon but, en vous présentant les considérations qui précèdent, était surtout d'ouvrir une voie aux explications que comportent les anomalies de l'instinct vénérien chez les hystériques. Je vous les ai présentées comme liées surtout aux lésions par défaut de deux aptitudes fonctionnelles au moins ; nous verrons plus nettement, dans la prochaine leçon, comment ces affections par défaut peuvent entraîner des affections voisines par excès, et créer ainsi une symptomatologie sur la signification de laquelle l'observation a dû tout d'abord égarer. Rappelez-vous enfin que parmi les données du problème, tel au moins que nous le pose la clinique, doivent figurer des conditions étrangères à l'appareil génital qu'on ne saurait tenir pour négligeables.

Si je suis entré, sur cette question des anomalies du sens génital chez les hystériques, dans des développements qui peuvent paraître hors de proportion avec les données restreintes et d'apparence quelquefois contradictoire fournies à leur endroit par l'observation, c'est que j'y étais poussé par des considérations d'ordre thérapeutique.

Quelques-uns d'entre vous ont dû garder le souvenir d'une médication de l'hystérie dont on s'égaya un peu bruyamment il y a vingt-cinq ou trente ans : je veux parler de la *confrication vulvaire,* préconisée dans l'antiquité, et remise en pratique par Briquet, qui paraît y avoir renoncé après une courte expérience, car il n'en parle dans son livre que d'après ses prédé-

cesseurs et comme à titre de renseignement historique. Laissant de côté les périphrases, je vous rappellerai que Briquet traita pendant quelque temps l'hystérie par la masturbation, pratiquée plus ou moins méthodiquement par ses élèves. Or Briquet était un homme grave, un esprit bien équilibré, et il n'avait pas dû prendre à la légère une détermination qui ne pouvait manquer de lui faire un jour ou l'autre une situation difficile ou ridicule.

Je me suis donc demandé quel pouvait être son but en agissant ainsi immédiatement par l'appareil génital sur une névrose qu'il devait tendre, plus tard, à localiser dans les centres nerveux, et à présenter de plus en plus comme indépendante de la fonction sexuelle.

Mes observations m'ayant conduit à admettre l'utilité, au moins temporaire, de la crise hystérique, j'admis que Briquet avait pu vouloir remplacer cette crise naturelle par une crise provoquée, voisine sinon identique, et obtenir ainsi une détente.

Cette interprétation des visées de Briquet me paraît d'autant plus admissible qu'elle explique en même temps l'abandon complet de la méthode après une expérimentation qui dura peu. La crise convulsive soulage, en effet, pour un temps court; il en est de même quelquefois de la crise vénérienne. Mais la situation tendue à laquelle met fin la crise convulsive n'est pas modifiée par celle-ci dans ses sources, et le retour des crises ne paraît pas diminuer, — bien au contraire, — l'éventualité de leur répétition, de leur nécessité si vous voulez. Je crains qu'il en soit de même de la crise vénérienne; et le moyen ne m'a jamais paru améliorer la situation des quelques malades que j'ai vues s'appliquer le traitement auquel avait un instant cru Briquet, ou abuser du rapprochement sexuel.

A défaut de cette interprétation des visées de notre maître, — interprétation qui, je crois, est la vraie, — on pourrait, à l'appui de la méthode, — sinon du procédé, — invoquer d'autres considérations. Lorsqu'on a, comme j'ai eu occasion de le faire, noté la fréquence, chez les hystériques, des anesthésies génitales, on doit être tenté de combattre celles-ci par les mêmes moyens que les anesthésies ordinaires. Or vous savez quels services rendent, dans ces cas, les électrisations révulsives, qui ne sont guère autre chose que des excitations mécaniques.

J'estime que les deux ordres d'indications ont leur valeur ; que la crise convulsive opère une détente dont il ne faut pas dédaigner les bénéfices; que, d'autre part, les anesthésies génitales jouent un rôle important dans l'innervation des hystériques. Je veux même admettre que la détente produite par la crise vénérienne peut remplacer dans une certaine mesure celle déterminée par la crise convulsive. Mais je m'arrête là, et crois que le moyen repris par Briquet répondait aussi mal à ses visées qu'à la prétention possible de modifier des anesthésies locales, à l'endroit desquelles il y aurait eu d'ailleurs le plus souvent erreur de siège.

Je suis, comme Briquet, partisan de provoquer *la crise*, mais la crise convulsive et non une crise voisine. Pour le faire avec profit, une première condition est de choisir son heure : celle où une crise spontanée se montre à l'horizon; une seconde, la plus importante, est de recourir à un procédé qui, convulsivant, si l'on veut, dans ses effets immédiats sur un sujet chez lequel une crise spontanée est imminente, soit antispasmodi-

que dans ses effets éloignés. Ce procédé, c'est la faradisation utérine, que, dans la prochaine leçon, nous verrons à l'œuvre dans ce rôle.

J'admets encore que les anesthésies utéro-ovariennes, vaginales, vulvaires, ont une large part à la préparation de la crise, à la *charge* de l'appareil nerveux qui doit aboutir à l'explosion convulsive ou spasmodique. C'est par la révulsion électrique que j'ai essayé, dans ces derniers temps, de remplir les indications fournies par cet ordre de conditions morbides ; mais je ne l'ai fait encore que dans trop peu de cas, et dans des conditions d'obsrevation trop difficiles pour être en mesure de vous donner à ce sujet des conclusions suffisamment motivées.



Fig. 13.
Excitateur vulvo-utérin.

Pour pratiquer cette faradisation révulsive, j'ai fait faire un excitateur double, vulvo-utérin (fig. 13), ayant la forme générale d'un spéculum plein. L'extrémité balanique de l'instrument est métallique, et constitue l'excitateur utérin ; elle est en communication, par l'axe de l'appareil, avec un des réophores. Le pavillon, également métallique, est l'excitateur vulvaire ; il est évasé, pour s'appliquer par une certaine largeur sur le pourtour de la vulve. La partie intermédiaire est isolante, en

bois ou en caoutchouc durci. Les courants induits de haute tension m'ont paru préférables dans les cas d'anesthésies vulvaires; je préfère ceux de basse tension dans les cas d'anesthésies utéro-ovariennes.

Pour l'appréciation des indications, c'est à l'interrogation, souvent difficile, des malades qu'on doit se rapporter. On peut bien, sans leur concours, constater les *analgésies* ; mais c'est d'*anesthésies* qu'il s'agit ici, et les renseignements subjectifs sont indispensables. Il suffit de vous signaler cette distinction pour vous éviter de vous méprendre sur la signification des signes objectifs ; il n'y a peut-être cependant là, le plus souvent, qu'une question de nuance, en raison de la coïncidence fréquente des anesthésies et des analgésies.

Nous avons aujourd'hui passé en revue les symptômes hystériques d'ordre paralytique. Nous retrouverons quelques-uns d'entre eux dans la prochaine leçon, alors que nous étudierons les manifestations qui traduisent l'exaltation apparente de quelque condition physiologique ; nous aurons alors à entrer plus avant dans la question des rapports qui existent entre ces deux ordres de signes si dissemblables à première vue.

QUATORZIÈME LEÇON

Hystérie. Formes hyperismiques

SOMMAIRE : Exaltation et spontanéité apparente des manifestations physiologiques. — Ces symptômes procèdent d'une paralysie dont le siège est à déterminer.

Hyperismies motrices. — Contractures. Leur pathogénie et leur traitement. — Quelques considérations sur la technique de la galvanisation continue. — Applications métalliques. — Hystéro-catalepsie avec contractures permanentes, guérie par la faradisation utérine.

Hyperismies sensitives. — Hyperesthésies sensorielles. — Hyperalgésies. — Anomalies des sensibilités viscérales ; leurs conséquences psychiques.

Algies. — Conditions paralytiques de leur production. — Traitement : révulsion, galvanisation continue. — Algies centriques et algies réflexes. — Arguments à l'appui de la thèse qui place dans l'utérus le point de départ des phénomènes dits hystériques.

MESSIEURS,

Après les paralysies, la catégorie de symptômes qui s'offre le plus naturellement à notre étude est celle des phénomènes cliniques inverses, des exagérations fonctionnelles, des *hyperismies*, comprenant, outre les manifestations excessives d'un processus physiologique quelconque, ses manifestations spontanées. Rien n'est plus fréquent dans l'hystérie que les phénomènes de cet ordre, qui comprend le symptôme le plus commun de tous : la douleur.

Parmi les hyperismies proprement dites, nous rencontrons, dans l'ordre moteur, une exagération passagère, mais remarquable, de la force musculaire ; dans l'ordre sensitif, des hype-

resthésies. Parmi les manifestations d'une activité d'apparence spontanée, dans l'ordre moteur, des contractures; dans l'ordre sensitif, des algies.

Je ne m'étendrai pas ici sur les considérations, longuement développées dans la partie de ces leçons consacrée à la pathologie nerveuse, qui me font repousser, au moins comme condition pathologique initiale, l'idée de l'exagération ou de la spontanéité des aptitudes fonctionnelles. Je vous rappellerai seulement que certains systèmes, que, dans un même système, certains appareils, exercent les uns sur les autres une influence modératrice; que, quand cette influence vient à manquer, les éléments qui fonctionnent sans frein le font avec une activité excessive, souvent sans raison apparente. Je crois donc que, dans la plupart des cas au moins, ces manifestations d'activité anormale reconnaissent pour cause une lésion paralysante, la paralysie portant, bien entendu, sur un système ou sur un appareil autre que celui qui appelle tout d'abord notre attention.

Mais ces vues sont loin d'être acceptées, et c'est d'un processus directement *irritatif* qu'on fait généralement dériver les manifestations d'activité excessive ou d'apparence spontanée. Je crois, tout en réservant la question du mécanisme de ce mode d'action, qu'il en est souvent ainsi pour quelques manifestations, directes ou réflexes, de courte durée; mais la pathogénie des manifestations persistantes ne me paraît pas s'accommoder de cette explication; je ne crois pas qu'il soit possible de rendre compte de celles-ci autrement que par l'admission d'une sorte de désembrayage, affection organique ou fonctionnelle durable, de nature essentiellement paralytique.

Vous savez la suractivité imprimée aux réflexes spinaux par

Marshall Hall lorsqu'il sectionna transversalement la moelle dans la région cervicale, la soustrayant ainsi à l'influence du cerveau. — Vous savez le parti que j'ai tiré de cette donnée pour exalter les réflexes dans un but thérapeutique, en supprimant l'influence cérébrale par les inhalations chloroformiques. — Vous savez que cette action modératrice des organes centraux est réciproque : j'ai montré, sur des faits cliniques, que quand le cerveau et la moelle fonctionnent indépendamment l'un de l'autre, la suractivité qui en résulte porte aussi bien sur le premier que sur la seconde. — Les effets thérapeutiques de mes inhalations chloroformiques montrent que cette action n'est pas limitée à l'influence réciproque du cerveau et de la moelle, mais qu'elle existe également pour les réflexes ganglionnaires. — Enfin, des expériences multipliées de Cl. Bernard ont établi l'antagonisme des nerfs d'origine différente qui se rendent à un même organe, et le fonctionnement exagéré de l'organe par suite de la soustraction de l'un d'eux.

Pour toutes ces raisons, nous sommes autorisés à regarder l'hyperismie, — au moins l'hyperismie à effets un peu durables, — de quelque nature qu'elle soit, motrice, sensitive, ou ganglionnaire, comme l'effet secondaire d'une paralysie. Et si nous devons faire de la thérapeutique rationnelle, si en présence d'une condition morbide dont la durée se prolonge, nous devons chercher à remonter du symptôme à sa cause prochaine, ce sera à déterminer le siège de cette paralysie que nous devrons nous appliquer.

Je ne m'étendrai pas longuement sur les *contractures*, assez rares dans l'hystérie commune, et pour l'étude desquelles je vous renverrai aux publications de l'école de la Salpêtrière,

à celles de Bourneville notamment. Les contractures procèdent d'une affection centrique, — primitive ou secondaire, la question est réservée pour l'hystérie, — dont le pronostic est très variable : graves quand elles se montrent à la suite de l'hémorrhagie cérébrale ; sans gravité aucune dans la catalepsie provoquée; d'une importance intermédiaire, mais d'un pronostic généralement favorable, dans les contractures hystériques proprement dites et dans la catalepsie spontanée.

Rien n'est plus variable que leur durée: souvent très courtes, elles peuvent durer des mois, des années, être définitives. Ces dernières ne se rencontrent guère que dans les cas d'hystéro-épilepsie.

Leur anatomie pathologique n'existe pas, au moins pour les contractures légères et passagères. Elle a été ébauchée, mais non systématiquement, pour les contractures en rapport avec des affections graves: les lésions portent alors sur les cordons antéro-latéraux de la moelle, mais elles y paraissent consécutives. Ces lésions répondent d'ailleurs, dans les cas où elles ont été rencontrées, à des affections complexes. Je crois cependant que c'est d'elles que nous viendra, à mesure que se perfectionnera la connaissance des localisations cérébro-spinales, la notion du point lésé dans les cas où se montre la contracture.

Nous sommes plus avancés sur ce qui concerne le traitement des contractures.

Parmi les moyens thérapeutiques expérimentés, au moins parmi les moyens à action locale, la galvanisation continue centripète me paraît être de beaucoup le plus utile: elle a raison, quelquefois très vite et définitivement, plus souvent

graduellement, des contractures sans complications graves.

Comment convient-il de la pratiquer? — Le procédé que j'emploie le plus volontiers est la galvanisation longitudinale centripète de l'appareil nerveux des muscles contracturés. Le tampon positif étant appliqué sur le muscle ou sur le groupe de muscles affectés, je ferme le circuit en appliquant le tampon négatif sur un point élevé du trajet du nerf, ou sur le rachis au niveau de son origine spinale. J'ai recours quelquefois concurremment, dans les cas où l'affection occupe une certaine étendue, à la galvanisation ascendante de toute la moelle épinière, galvanisation lombo-post-cervicale.

Les bons résultats que m'a donnés ce mode de procéder m'ont détourné d'entreprendre l'essai comparatif de la galvanisation *polaire*, que vous nous voyez souvent instituer ici dans des cas variés avec des résultats quelquefois aussi satisfaisants que ceux de la galvanisation longitudinale. *A priori*, j'aurais, pour les contractures, moins confiance dans la galvanisation polaire, et, s'il me fallait y recourir, c'est à la galvanisation polaire positive des hémisphères cérébraux que j'aurais recours: celle d'une région fronto-pariétale m'a donné de bons résultats contre les contractures spasmodiques du côté opposé d'une hémiathétose.

Quelle intensité convient-t-il de donner aux courants ? Quellé durée aux applications ?

— Ces questions se représentent à l'occasion de toutes les applications galvaniques continues, et les solutions qu'elles comportent sont loin d'être acquises. Vous savez que dans toute intervention galvanique continue on doit s'appliquer, — et la chose est facile dans une mesure suffisante, — à supprimer

les effets liés à l'établissement et à la rupture des courants. Supposons cette condition réalisée ; nous resterons en présence de deux ordres d'actions : 1° une polarisation contemporaine du passage du courant; 2° une dépolarisation consécutive à sa rupture. Or, nous ne savons actuellement, dans un fait thérapeutique, faire la part de chacune de ces actions ; nous connaissons mal surtout, ou plutôt nous ne connaissons pas les conditions de la seconde, de la dépolarisation.

C'est donc en présence de résultats empiriques que nous nous trouvons ; et si je me suis trouvé conduit par des vues théoriques à appliquer aux contractures la galvanisation longitudinale centripète, comptant sur les effets de polarisation, j'ignore s'il faut, dans le résultat final, faire une part au travail de dépolarisation, et, par conséquent, quelle pourrait être cette part. C'est encore empiriquement que j'y emploie des courants de 8 à 15 milliampères, ce qui limite la durée des applications à cinq et même, lorsque l'excitateur négatif est placé au cou, à trois minutes.

Les résultats sont satisfaisants, mais quelques faits portent à penser qu'il serait intéressant de les examiner comparativement avec ceux obtenus d'applications plus longues de courants moins intenses. J. Le Fort incline vers ces derniers et les emploie sans tension. D'autre part, il s'est produit depuis quelque temps un mouvement en faveur de la reprise des courants d'immense tension sans quantité. Tous ces moyens veulent être expérimentés parallèlement : je vous ai indiqué le procédé qui me réussit, sans vouloir, faute de les avoir suffisamment éprouvés, me prononcer sur les procédés voisins. Il est d'ailleurs fort admissible que chacun de ces divers procédés réponde mieux que les autres à quelque indication spéciale ; que

l'épreuve empirique puisse conduire à noter quelques-unes de ces indications, et que la notion de celles-ci jette à son tour du jour sur la question pathogénique.

Il est enfin un mode de traitement fort efficace dans quelques contractures douloureuses passagères, dans les crampes, qu'on pourrait essayer dans les contractures permanentes des hystériques : je veux parler des applications métalliques de Burq. Tout en m'abstenant de conclusions sur la caractéristique physique de ces pratiques, et repoussant le dogme d'une spécificité des métaux indépendante de leurs propriétés banales, j'en avais observé et en ai publié, en 1861, d'excellents résultats contre des crampes permanentes fort douloureuses des membres, du tronc et de l'estomac, que je ne me suis pas cru autorisé à donner comme hystériques, bien que je ne visse pas quel autre caractère leur assigner. Les applications métalliques sont donc à essayer quand la galvanisation continue aura échoué, quand surtout le diagnostic porté ne l'aura été que sous réserves.

De même que nous avons établi une division générale des paralysies en cérébrales et spinales, de même nous aurons à nous demander si les contractures hystériques sont centriques ou réflexes. Bien que cette distinction ait ici moins d'importance, en raison de l'absence — au moins actuelle — d'une réaction qui permette de l'établir sur un caractère clinique précis, elle offrirait de l'intérêt au point de vue du traitement, pouvant fournir, par exemple, l'indication de la galvanisation polaire positive en céphalique dans les contractures centriques. L'embarras dans lequel nous nous sommes trouvés à l'endroit des paralysies

hystériques, celui d'établir *a priori* leur nature cérébrale ou spinale, se reproduit ici : les contractures hystériques sont-elles centriques? ou réflexes? ou les deux, et dans quelle mesure?

Les moyens de traitement que nous avons examinés jusqu'ici sont locaux. Localement, la faradisation est contre-indiquée, bien que, comme tous les procédés d'électrisation, elle comporte des effets sédatifs : ici, ses effets stimulants l'emportent.

Parmi les moyens généraux employés en vue d'une action locale, on a appelé l'attention sur quelques indications et contre-indications. Charcot a insisté d'une manière générale sur la nocuité des sels d'argent dans les contractures; je ne vous le rappelle que parce que je les ai vus, non sans surprise, prescrits contre des contractures hystériques. La belladone n'y présenterait pas les mêmes dangers; mais y offrirait-elle des avantages compensant les inconvénients de l'intoxication? — Cela me paraît au moins douteux. Quant aux préparations d'opium, je n'en ai jamais vu retirer que des résultats douteux ou mauvais.

Il est enfin un médicament que je ne saurais trop vous recommander pour les cas où, comme il arrive très fréquemment à Paris depuis une quinzaine d'années, les contractures, comme d'ailleurs tous les autres phénomènes hystériques, se compliqueraient de l'élément tellurique : j'ai nommé la quinine. C'est une médication accidentelle, mais dont les indications sont trop communes aujourd'hui pour qu'on puisse la passer sous silence.

Après avoir insisté sur l'utilité du traitement local des contractures hystériques par la galvanisation continue des appareils contracturés, ou des centres nerveux, ou des deux à la fois ;

après surtout vous avoir signalé les inconvénients de la faradisation localisée de ces parties, je crois intéressant de vous rappeler une observation où la conduite suivie s'écarta complètement des règles que je viens de formuler et où des résultats fort remarquables furent néanmoins obtenus. Cette observation date d'une époque où j'avais peut-être de la tendance à m'exagérer l'influence de l'utérus sur les divers phénomènes de l'hystérie, ou plutôt à lui faire une part trop exclusive ; aussi la faradisation utérine y fut-elle employée seule contre un ensemble d'accidents cataleptiques et de contractures permanentes qui n'eût pas déparé le répertoire de la Salpêtrière. Je crois ce fait d'autant plus intéressant qu'il restera probablement unique : aujourd'hui, en effet, sans renoncer dans un cas pareil à la faradisation utérine, je n'hésiterais pas à recourir concurremment à d'autres moyens, à la galvanisation continue des centres notamment.

OBS. LXVI. — *Accidents nerveux anciens : catalepsie, convulsions toniques et cloniques, chorée, contracture permanente des adducteurs du membre inférieur gauche, algies multiples. — Engorgement et antéversion de l'utérus. — Faradisation longtemps continuée. — Guérison à peu près complète et persistante.*

C. C......., femme de chambre, âgée de vingt-neuf ans lorsque je la vis pour la première fois (décembre 1861), présentait des accès convulsifs de deux à trois heures de durée avec perte de connaissance, accès qui se reproduisaient de deux à quatre fois par jour. L'état de la malade était fort triste pendant les intervalles des crises ; elle était alors tourmentée par des mouvements choréiques, du hoquet et des vomissements. Enfin, une torsion permanente de la jambe gauche en dedans, avec refroidissement de ce membre, ne permettait pas la station debout et forçait C. C... à garder le lit.

La malade fait remonter le début de ses attaques convulsives à une frayeur qu'elle a eue à l'âge de dix-huit ans, frayeur qui détermina un brusque arrêt des règles.

Une couche à vingt-trois ans. L'accouchement se fit spontané-

ment, mais le travail dura près de cinq jours, les contractions faisant défaut. A la suite de cette couche, des accidents variés nécessitèrent l'entrée de la malade à l'hôpital Cochin, dans le service de M. Beau. Ses souvenirs sur cette époque sont fort vagues; néanmoins elle devait être sujette à des accidents convulsifs avec perte de connaissance, car, à la suite d'une chute faite dans ces conditions, elle eut une luxation de l'épaule qui fut réduite par M. Nélaton dans le service duquel elle resta deux mois.

En 1858, attaques convulsives, fréquentes et violentes, crampes d'estomac, frayeurs continuelles, règles supprimées depuis sept ou huit mois. La malade entre à la Charité, dans le service de M. Briquet. On se contenta d'abord de l'emploi des bains. Effet ou coïncidence, les attaques redoublèrent. L'une d'elles eut lieu dans le bain; c'est de cette dernière que datent les convulsions cloniques des membres dont il sera question plus loin. Ce jour-là, C. C... se mordit la langue et perdit, pour quelques heures, l'usage de la parole; quand elle voulait parler elle aboyait. Fortes douleurs dans le ventre. M. Briquet opposa à cette affection l'administration de la valériane sous toutes les formes, les lavements d'assa fœtida, la morphine, l'éther. Des vomitifs furent aussi donnés plusieurs fois; ils amenaient un refroidissement général et des pertes de connaissance sans convulsions. Après ces tentatives infructueuses, on essaya des évacuations sanguines et des bains prolongés. En douze jours, on fit une saignée et on appliqua, en plusieurs fois, 250 (?) sangsues et des ventouses scarifiées. Tous les jours un bain de deux heures. L'état de la malade ne fut pas amélioré.

L'électrisation douloureuse de la peau pendant les accès convulsifs calma un peu la violence de ceux-ci.

C'est pendant cette période du traitement que débutèrent une paralysie plus prononcée à gauche qu'à droite, et des vomissements qui ne permettaient de garder aucun aliment. — Fer réduit, — vin de quinquina, — vésicatoire à l'épigastre, — application des ventouses Junod, qui fit reparaître un peu les règles. Les attaques convulsives devinrent moins fortes, et les mouvements choréiques cessèrent. Après cinq mois de séjour à l'hôpital, la malade sortit vomissant toujours et privée de l'usage de ses jambes.

Trois mois de repos amenèrent une amélioration assez grande pour que C. C... crût pouvoir rentrer en condition; mais, au bout de trois autres mois, les attaques convulsives avec perte de connaissance et la chorée reparurent avec une grande intensité. La maîtresse de C... la fit soigner chez elle; on se contentait de l'électrisa-

tion cutanée, qui diminuait la violence des accidents, et procurait quelques jours de calme relatif. Peu à peu, une amélioration notable survint.

Un soir, C... étant en course, perdit connaissance dans la rue, et fut transportée à l'hôpital Beaujon, dans le service de M. Moutard-Martin. — Bains, — douches, — vomitifs. Ceux-ci durent être abandonnés, parce qu'ils déterminaient les mêmes accidents qu'à la Charité. — Electrisation cutanée ; amélioration. Au bout de six mois, les attaques convulsives étant devenues plus rares, la malade demanda sa sortie, malgré l'avis de M. Moutard-Martin, qui prédit une rechute. Celle-ci eut lieu à l'asile du Vésinet, où les attaques reparurent jusqu'à trois fois par jour. Retour de C... dans sa famille. Nouvelle attaque dans la rue ; C... est encore conduite à l'hôpital Beaujon, dans le service de M. Moutard-Martin. A cette époque (août 1860) l'écoulement menstruel était devenu continuel, avec une simple recrudescence au moment des époques. Vomissements continuels; salivation abondante ; renvois acides; selles mêlées de sang. Fissure à l'anus opérée par M. Huguier, par la dilatation brusque. La malade fait dater de cette époque une constipation opiniâtre qui ne devait cesser qu'en 1862.

Depuis le mois d'août 1860 jusqu'à la fin de 1861, les accidents convulsifs ont persisté ; des phénomènes paralytiques et des contractures s'y sont ajoutés : ainsi, le bras gauche a été une fois immobile pendant quinze jours ; en même temps les doigts de la main gauche restaient irrésistiblement fléchis. Pareil accident est arrivé à la jambe gauche qui s'est tordue de dehors en dedans, le pied présentant en avant sa face externe devenue supérieure; ici, les accidents eurent de suite leur summum d'intensité, ce qui indique qu'il s'agissait d'une contracture des muscles raccourcis et non d'une paralysie primitive de leurs antagonistes; en même temps, la température du membre était très abaissée.

La malade, fort intelligente, m'a remis un mémoire étendu sur ce qu'elle a éprouvé aux différentes périodes de son affection, et sur ce qu'elle a entendu des conférences cliniques dont elle a été le sujet. « Depuis une attaque à la Charité, dit-elle, pendant laquelle j'ai perdu connaissance de deux heures de l'après-midi jusqu'au lendemain onze heures, les attaques ont changé de forme; j'ai eu de l'extase, la catalepsie, mais non l'hystérie. Je n'ai jamais eu ni la boule ni le clou. » Les attaques s'annoncent longtemps à l'avance (de une à vingt-quatre heures), par des palpitations, du hoquet, des frissons, un claquement de dents, des vomissements, des crampes d'esto-

mac, un grand mal de tête, des vertiges, du trismus, des écoulements par le nez. Les attaques sont, vers l'époque des règles, plus fréquentes, plus fortes et plus longues. Les accès ne se terminent pas par des larmes ni par des urines abondantes et claires; ils sont, au contraire, précédés par ces phénomènes. De temps en temps surviennent deux ou trois jours de toux sans rhume. Paralysie complète pendant les attaques, avec conservation des sensations tactiles quand il n'y pas en même temps perte de connaissance. Contre les vomissements, on avait essayé sans succès la glace à l'intérieur et la poudre de charbon. La strychnine, l'eau de laurier-cerise avaient été aussi administrées sans résultat.

Lorsque M. Sée prit le service, vers le milieu de novembre 1861, la malade y attendait la solution des formalités de son admission à la Salpétrière. Il opposa d'abord aux vomissements l'application sur l'épigastre d'une vessie pleine d'un mélange de sel et de glace pilée. Les vomissements furent aussitôt arrêtés.

Lorsque je vis la malade, le 12 décembre 1861, elle avait chaque jour deux ou trois attaques convulsives de deux heures environ chacune, avec perte de connaissance. Pendant ces attaques, les bras se tordaient derrière le dos, et la jambe droite se ployait sous le siège; l'attaque passée, les efforts des assistants étaient nécessaires pour ramener cette jambe et les bras dans leur position normale. Vers la fin des crises, les secouses des membres et du tronc diminuaient quelquefois, et faisaient place à un état cataleptique. Le membre gauche, refroidi et enveloppé dans de la ouate, se trouvait dans l'état de torsion permanente décrit plus haut. Douleurs au genou droit; algies intercostales; céphalalgie frontale continuelle; insomnie; météorisme intestinal et stomacal; sensations de mouvements convulsifs dans le bas-ventre et dans les parties génitales externes avant les attaques, et quelquefois pendant les règles. — Depuis un an, métrorrhagie continuelle peu abondante, devenant très abondante aux époques menstruelles. L'année précédente, la malade avait vu cinq fois; trois seulement l'année d'avant. Leucorrhée abondante.

A cette époque, j'avais obtenu déjà quelques heureux résultats de la faradisation de l'utérus contre les phénomènes convulsifs et algiques de nature hystérique. Le cas actuel me fournissait une remarquable occasion d'établir l'efficacité de ce moyen. Je pratiquai donc le toucher, pour savoir à quel procédé de faradisation utérine il convenait d'avoir recours : je reconnus ainsi une *antéversion*

avec *antéflexion*. L'orifice cervical de l'utérus était assez ouvert pour admettre l'extrémité du doigt.

14 décembre. Faradisation recto-utérine. Au bout de quatre à cinq minutes, cette première séance est interrompue par une attaque : d'abord catalepsie, puis soubresauts des attaques hystériques, convulsions respiratoires, trismus, contractions cloniques des orbiculaires des paupières. Le tout dura un quart d'heure environ. La connaissance était perdue.

Des courants d'induction de haute et basse tension dirigés, pendant l'attaque, d'une main à l'autre, ne m'ont pas paru modifier d'une manière appréciable la physionomie des accidents. Les courants de haute tension arrachaient à la malade des cris violents sans rappeler la connaissance.

17 décembre. Deuxième séance de faradisation recto-utérine. — Dans la journée, anxiété respiratoire, palpitations, bouffées de chaleur; mais pas d'attaque.

La nuit du 18 au 19 est la meilleure que la malade ait eue depuis plusieurs années ; elle ne s'est éveillée qu'une fois. Les doigts du pied gauche commencent à pouvoir faire quelques mouvements.

19 décembre. Troisième séance. Du hoquet dans la journée.

Le 20, au matin, une attaque convulsive, la première depuis celle du 14. Les nuits continuent à être bonnes ; peu d'appétit. Le suintement métrorrhagique a cessé depuis plusieurs jours.

21, 23 et 25 décembre, quatrième, cinquième et sixième séances de faradisation recto-utérine. Rien de nouveau.

Le 25, à trois heures du soir, une attaque; la nuit suivante, menace d'une attaque qui n'a pas eu lieu. Le 28, hoquet le matin, coliques sans diarrhée, nuit sans sommeil.

Le 27, septième séance. Hoquet dans la journée; pas de sommeil la nuit. Coliques utérines et seins douloureux comme à l'approche des règles.

1er janvier 1862. Un accès; trois heures de hoquet; vomissements; mouvements choréiques ; deux nuits sans sommeil. La malade venait d'être transférée à la Pitié, où l'avait emmenée M. Sée.

Règles abondantes le 2 janvier.

3 janvier, une attaque. 4 janvier nouvelle attaque pendant la visite. Ces crises sont plus courtes qu'autrefois.

8 janvier. Une forte attaque dans la journée; une autre le 10 pendant la visite, avec prédominance de la forme choréique.

10 janvier. Attaque choréique, pendant laquelle je fais une huitième séance de faradisation recto-utérine. Pendant la faradisation,

l'attaque change de forme : la chorée fait place à une catalepsie complète avec opisthotonos, trismus, sanglots, convulsions de la paroi abdominale. La vue est très affaiblie.

Le 11, la vue revient. Mobilité plus grande du pied gauche.

13 janvier. Neuvième séance de faradisation recto-utérine.

15 janvier. C... retire l'enveloppe ouatée qui recouvrait la jambe gauche; elle est obligée de la reprendre le lendemain.

15 et 17 janvier, dixième et onzième séances de faradisation recto-utérine. Une attaque le 18 au soir; une autre le 19 au matin. Ces attaques sont violentes mais courtes. Le suintement métrorrhagique a reparu.

20 janvier. Douzième séance.

21. La jambe gauche est développée de nouveau, et cette fois définitivement.

22 janvier. Treizième séance.

23 janvier. Journée mauvaise, mais pas d'attaque; le temps est très orageux.

24 et 27 janvier, quatorzième et quinzième séances. Catalepsie pendant la dernière, durant dix minutes et faisant place à des mouvements choréiques.

28 janvier. La jambe gauche n'a pas froid; elle a repris assez de mobilité pour que la malade puisse marcher un peu en la traînant. Le suintement métrorrhagique, qui avait cessé de nouveau, a un peu reparu.

29 janvier. Seizième séance. L'antéversion n'est pas modifiée d'une manière appréciable.

Règles le 30 au soir. Elles sont arrêtées dans la nuit du 31 au 1er février par la frayeur que cause à la malade une de ses voisines atteinte d'éclampsie.

Une attaque le 31 au soir; deux le 1er février; hoquets, vomissements et douleurs de la jambe gauche toute la journée du 2. Retour des règles le 3, pendant la visite; elles cessent le lendemain.

7 et 9 février, faradisation recto-utérine, tamponnement au coaltar. La jambe gauche commence à pouvoir exécuter quelques mouvements de flexion. Leucorrhée toujours abondante.

Une attaque le 11; c'est la première depuis le 31 janvier.

12 et 14 février, faradisation recto-utérine et tamponnement. L'antéversion diminue un peu. Excellente journée le 14.

17 février. Hier et avant-hier, hoquets et vomissements. Faradisation recto-utérine, immédiatement suivie d'une attaque; mouvements cloniques d'abord, catalepsie ensuite. L'attaque entière ne

dure pas plus de dix minutes, après lesquelles la malade se trouve mieux.

Dans la nuit du 17 au 18 une attaque sans perte de connaissance ; c'est la première fois que cela arrive. Le 18, quelques mouvements choréiques; le reste de la journée se passe bien ; bonne nuit.

19 et 21 février, faradisation recto-utérine. Le 21 la malade peut assez plier sa jambe gauche pour mettre le pied dans le sabot du lit spéculum ; elle commence à marcher dans la salle, soutenue ou tenant avec les mains les barres des lits.

24 février. Faradisation recto-utérine. Depuis la dernière séance, je me sers du spéculum pour introduire l'excitateur utérin dans l'orifice cervical, maintenant accessible. Le col est le siege d'une ulcération que je cautérise au nitrate d'argent d'abord, puis au perchlorure de fer, ulcération qui guérit en un mois environ.

26 février. Faradisation recto-utérine. Une attaque assez forte, mais de courte durée, dans la journée.

28 février. Faradisation recto-utérine.

Règles le 1er mars; cessent le 3; assez abondantes.

10 mars. Faradisation recto-utérine. Une attaque le soir, provoquée peut-être par la frayeur que cause à C... une malade voisine.

12 mars. Faradisation recto-utérine. Marche de mieux en mieux ; n'a plus besoin d'être soutenue.

14 et 17 mars, faradisation recto-utérîne.

18 mars. Se fait descendre au jardin. Une petite attaque avec quelques minutes de perte de connaissance.

19, 21 et 24 mars, faradisation recto-utérine. Descend seule au jardin ; marche beaucoup et se fatigue pour quelques jours.

26 mars. Faradisation recto-utérine. Pour la première fois, sensation nette des premières douleurs de l'accouchement ; les courants employés sont de basse tension, mais il faudra bientôt, la sensibilité de l'utérus augmentant, leur substituer ceux de haute tension.

Le 26. C. apprend la mort de son père. Extase et catalepsie de quatre heures du soir au lendemain matin sept heures, sans perte de connaissance. Métrorrhagie légère pendant l'attaque.

28 mars. Faradisation recto-utérine.

Règles le 28 au soir; durent jusqu'au 2 avril.

Le 4, C. va voir sa famille, à Montmatrre, conduite par une infirmière; elle marche bien maintenant et descend tous les jours au jardin.

7, 9, 11 avril, faradisation recto-utérine. En arrivant à la séance du 11, la malade dit couver une attaque. Celle-ci a lieu, en effet,

aussitôt après la faradisation : catalepsie et mouvements cloniques; cinq minutes au plus de durée.

14 avril. Malaise. Faradisation recto-utérine. Une attaque cinq minutes après : chorée et mouvements cloniques, puis catalepsie. Le lendemain, tout va bien.

18, 21, 23 avril, faradisation recto-utérine.

La marge de l'anus est douloureuse; il s'y forme un abcès que j'ouvre le 20 et panse avec une mèche.

Règles du 27 au 29, suivies de deux jours de malaise : hoquets, vomissements, quelques mouvements choréiques.

2 mai. Va mieux. Faradisation recto-utérine. Une douche froide médiocrement supportée; la réaction ne s'établit que très difficilement. L'antéversion est toujours très prononcée; j'augmente la courbure de l'excitateur rectal.

14 et 16 mai, faradisation recto-utérine. Tout va bien.

Le 17 au matin, une attaque assez forte. Hoquets; vomissements.

19, 20, 21, 23, faradisation bi-inguino-utérine. La jambe gauche n'a pas encore recouvré la sensibilité tactile. J'ai oublié de noter précédemment que, dans cette jambe, il existait de l'analgésie avec des douleurs spontanées. Ces deux derniers symptômes ont lentement disparu ensemble.

Le 24, la jambe gauche redevient rigide et tordue comme auparavant. Frisson; une attaque.

Règles le 25, sans douleurs, abondantes.

Une petite attaque le 31. Vomissements ; hoquet. La jambe gauche a conservé sa température normale. Faradisation recto-utérine.

2 juin. Depuis la dernière séance, hoquet, vomissements, fièvre. Faradisation recto-utérine.

4 juin. Faradisation recto-utérine. La pression dont les mains sont capables en se fermant est de 21 kilogrammes pour la main droite, de 10 seulement pour la gauche.

Petites attaques le 6 et le 7. Elles sont arrêtées par les inhalations de chloroforme. La malade se trouve mieux après l'attaque du 7.

11 juin. Faradisation recto-utérine. La malade accuse un affaiblissement des mains; le dynamomètre ne donne plus que 13 kilogrammes à droite, 9 k. 5 à gauche.

13 juin. Faradisation recto-utérine. Les mains sont toujours faibles : 16 kilogrammes à droite, 13 à gauche. La constipation, qui avait cédé en janvier, se reproduit.

16 juin. Faradisation recto-utérine. Va mieux; recommence à marcher.

18 et 20 juin, faradisation recto-utérine. Le mieux se soutient. L'antéversion diminue un peu.

Règles du 20 au 22 ; abondantes. Pendant les règles, douleurs dans les jambes. Une attaque le 21. Nouvelle attaque le 25, longue, précédée de hoquet, suivie de vomissements.

27 et 30 juin, faradisation recto-utérine. Pression des mains : 20 kilogrammes à droite, 17 à gauche. Bien depuis le 27.

2 juillet. Depuis le 30, du hoquet et quelques vomissements. Faradisation recto-utérine et faradisation cutanée sous-costale.

3 juillet. Une attaque.

4 juillet. Faradisation recto-utérine. Une longue attaque le soir. Nuit bonne.

7. 9, 11, 14, 16, 18 juillet, faradisation recto-utérine. Va bien.

Règles du 18 au 21; abondantes, accompagnées de douleurs thoraciques et de maux de tête.

Une attaque légère le 23.

25 et 30 juillet, 1er et 5 août, faradisation recto-utérine.

8 août. La contracture avec déviation en dedans de la jambe gauche, qui avait cessé de nouveau depuis quelque temps, s'est reproduite subitement hier soir. Douleur de la cuisse. Faradisation recto-utérine.

Une attaque le 9, suivie de trois jours de diarrhée.

12 août. Faradisation recto-utérine. La jambe va mieux.

Règles dans la nuit du 13 au 14, sans douleurs.

Le 16 une attaque : rire, bouche déviée à gauche, langue sous les dents, chorée du côté gauche. Cette attaque dure de une heure du soir jusqu'au lendemain matin; on y met fin par des inhalations de chloroforme.

18 août, une petite attaque. La jambe gauche va bien.

20 août. Faradisation recto-utérine.

A partir de cette date, je trouve des lacunes dans mes notes. Mes visites à la Pitié se sont réduites à deux par semaine; mais je faradisais C. C... chaque fois, excepté pendant la semaine qui suivait les règles. L'amélioration a été en se prononçant de plus en plus, avec de courtes alternatives de bien et de mal reproduisant celles indiquées depuis le commencement de l'observation. Il y a eu trois attaques dans le mois d'août. Le 27 août, la pression des mains mesurait 27 kilogrammes à droite et 22 à gauche.

Menstruation de septembre douloureuse, mais sans attaque. Deux attaques dans ce mois.

Dans la première quinzaine d'octobre, une attaque seulement le jour de l'arrivée des règles qui furent douloureuses.

Envoyée au Vésinet le 15 octobre, C. C... s'y est trouvée moins bien qu'à la Pitié ; les attaques ont été plus fréquentes que dans les derniers mois, et tous les phénomènes douloureux et convulsifs plus marqués. Le traitement a consisté en inhalations de chloroforme pour arrêter les attaques, bains sulfureux tous les deux jours, préparations de valériane à l'intérieur, faradisation cutanée au niveau des parties douloureuses.

Sortie du Vésinet le 10 décembre 1862.

Depuis sa sortie, C. C... est venue chez moi, d'abord deux, puis une fois par semaine. Au commencement de 1863, elle a pu travailler en journée à la couture. Depuis plusieurs mois elle est entrée chez un de mes amis où elle fait un très bon service. Sans être exempte des malaises passagers auxquels sont sujettes la plupart des femmes nerveuses, C... jouit aujourd'hui d'une santé relativement très bonne. La continence lui réussit ; elle a pu cependant s'en départir sans autre inconvénient qu'un peu de malaise cessant vite avec l'éloignement de la cause. Quand elle se sent moins bien que d'habitude, C... vient réclamer une faradisation utérine ; deux fois, cette année (1863), elle est venue chez moi m'annonçant une attaque prochaine que la faradisation a immédiatement amenée. C'est là un fait intéressant, et qui, pour moi, ne constitue pas une contre-indication. Ces attaques provoquées par l'électrisation ont toujours été courtes et suivies d'un soulagement marqué. En comptant les deux que je viens de signaler, les attaques de 1863 ont été au nombre de quatre seulement. Nous continuons à faradiser l'utérus de deux à quatre fois par mois. L'antéversion, moindre qu'autrefois, n'est cependant pas corrigée.

Le sujet de cette observation va quelquefois dans les hôpitaux faire visite aux sœurs dans les salles desquelles elle a passé ; MM. Sée et Moutard-Martin ont pu, à Beaujon, constater son état actuel.

Vers la fin de 1865, C. est entrée à mon service. Pendant un peu plus d'un an qu'elle y est restée, elle n'a eu que deux crises convulsives légères. Les séances de faradisation ont été petit à petit supprimées tout à fait.

C. a quitté mon service pour se marier. Bien que sa situation matérielle soit devenue moins bonne et son travail plus fatiguant, elle

n'a plus eu que deux crises, dont une pendant une grossesse survenue quelque temps après. Accouchement, en 1867, d'une fille bien constituée, que C. a nourrie. Le travail a duré cinq jours, sans présenter d'autre anomalie que son extrême lenteur.

Trois mois après, l'antéversion persistait.

Nouvelle grossesse (fin 1868), s'accompagnant de douleurs pelviennes fréquentes et assez intenses pendant les derniers mois. Les accidents convulsifs n'ont pas reparu, et l'état général s'est maintenu bon. Accouchement heureux en août 1869, après un travail de moins d'une heure. La fin de la grossesse ayant été fort pénible, la crainte d'un travail trop prolongé m'a fait, dès le début, recourir au chloroforme.

Cette observation, commencée en 1859, a été publiée en 1870. Mais je n'ai pas perdu de vue la malade, et vous dirai dès à présent que, jusqu'à ce jour, la guérison des accidents convulsifs et des contractures s'est maintenue complète sans jamais se démentir qu'une fois, momentanément, dans une circonstance qui suffirait à expliquer tous les déraillements. Je complète l'observation.

Troisième couche, heureuse, en janvier 1871, pendant le siège de Paris.

En mai, le mari de C. est arrêté par les troupes de Versailles, et n'échappe que par miracle à une exécution sommaire. A cette occasion, C. a une attaque qui sera la dernière. En janvier 1872 elle allait bien.

Juin 1872. Algies fessières, sciatiques, lombaires, inguinales; hoquets, étouffements, crampes d'estomac, nausées ; *fièvre intermittente* ; début probable d'une grossesse. Le sulfate de quinine d'abord, puis, quelques jours après, quatre séances de galvanisation lombo-post cervicale ont raison de ces accidents.

15 janvier 1873. Quatrième couche, heureuse; travail rapide, suites normales.

Janvier 1875. Va bien. Départ pour Londres où elle se porte assez bien pour vivre, jusqu'en 1879, d'un travail régulier dans un atelier de couture. En 1879, C. est obligée d'entrer à l'hôpital français de Londres pour des hémorrhagies utérines. Après un séjour de deux

mois à l'hôpital, pendant lesquels le repos modère les pertes sans les faire cesser, la malade revient à Paris. Les hémorrhagies étaient liées à l'existence d'un fibrome pariétal volumineux, fibrome interstitiel avec fortes saillies sous-péritonéales. Depuis son retour, je traite C. pour ce fibrome ; traitement irrégulier en raison de l'éloignement de la malade et de ses obligations de travail.

Aujourd'hui, fin 1882, C. va aussi bien que le comportent son âge (cinquante ans) et les conditions de vie difficiles dans lesquelles elle se trouve.

En vous rappelant cette observation, je voulais vous citer un exemple de contracture persistante, guérie indépendamment de tout traitement local des muscles contracturés et de tout moyen médicamenteux. Elle comporte peut-être un autre enseignement que je vous indiquerai sans y insister pour le moment : L'utilité très vraisemblable des réflexes à point de départ utérin, provoqués dans des conditions voulues. Enfin, s'il n'y avait lieu de n'invoquer qu'avec réserves l'aphorisme *naturam morborum ostendunt curationes*, cette observation fournirait un argument d'un certain poids à l'opinion qui fait dériver l'hystérie d'une affection utérine. Mais c'est un point sur lequel nous aurons à revenir.

Les hyperismies d'ordre sensitif sont représentées par l'hyperesthésie et par la spontanéité apparente des sensations. Comme les hyperismies motrices, les hyperismies sensitives sont pour moi des paralysies dont l'analyse clinique doit tendre à déterminer le siège et la nature, en vue d'y appliquer de préférence un traitement approprié.

Les hyperesthésies sensorielles rapportées à l'hystérie y sont relativement rares ; la plupart au moins m'ont paru devoir être considérées bien moins comme des hyperesthésies sensorielles

que comme des exagérations de la sensibilité générale, de la sensibilité à la douleur, c'est-à-dire que comme des hyperalgésies. C'est ainsi qu'on a donné quelquefois comme exemples d'hyperesthésie optique des cas de simple photophobie, et que nombre de faits rapportés à l'hyperacousie traduisent un éloignement pour les bruits, pénibles en raison de leur intensité, de leur acuité ou de leur timbre, plutôt que l'aptitude à percevoir des bruits qui passeraient inaperçus à l'état normal.

En restreignant la part faite dans l'hystérie courante aux hyperesthésies sensorielles, je suis loin de vouloir les nier. Il semble, en effet, établi qu'on les rencontre communément dans l'état de *sommeil partiel provoqué* connu sous le nom de *somnambulisme*, état dont l'histoire tend à devenir un chapitre de celle de l'hystérie ou au moins à constituer une espèce très voisine, et paraît appelée à permettre d'élucider par voie expérimentale quelques points de la pathogénie des phénomènes névropathiques qu'elle présente.

Contre les hyperalgésies cutanées, j'ai vu quelquefois essayer les narcotiques localement ou à l'intérieur. Je ne voudrais pas les juger sur ce que je ne les ai jamais vus réussir : ne les ayant pas expérimentés moi-même, je n'ai eu à observer que des cas dans lesquels ils avaient échoué. *A priori*, je n'en conseillerais pas l'emploi, ne voyant pas bien à quoi ils peuvent tendre contre un symptôme dont on peut se garantir par le repos.

Les révulsifs donnent de meilleurs résultats. En tête de ceux-ci, doit figurer la révulsion faradique, qui est moins mal supportée qu'on ne serait tenté tout d'abord de l'admettre. Il s'en faut, cependant, que les applications révulsives soient ici

aussi nettement favorables que dans les cas où elles sont dirigées contre les états douloureux spontanés.

Dans les hyperalgésies, on se trouve mieux de la galvanisation polaire positive ; je n'ai pas expérimenté comparativement la négative. Les applications métalliques et magnétiques auraient surtout donné des succès ; je ne m'y arrêterai pas, en raison de l'obscurité des renseignements fournis sur les procédés employés, spécialement pour ce qui concerne les applications magnétiques.

L'existence d'hyperesthésies cutanées fait nécessairement songer à celle d'hyperesthésies muqueuses et probablement séreuses, par lesquelles s'expliqueraient nombre de phénomènes douloureux obscurs, de malaises dont il est difficile de rendre compte par l'admission d'affections connues des parties qui en sont le siège. Quelques douleurs cardiaques, thoraciques, cystiques, mais surtout certaines formes de dyspepsies résistant à tous les traitements chimiques ou nutritifs alors qu'elles peuvent être heureusement combattues par les modificateurs physiques, me paraissent devoir être rattachées à la classe des anomalies de la sensibilité générale qui se rencontrent surtout chez les hystériques.

C'est parmi les hyperesthésies plutôt que parmi les algies que je comprendrais les « névralgies » intercostales, si communes chez les malades qui nous occupent en ce moment. Faut-il, de la facilité avec laquelle elles cèdent, — d'une façon plus ou moins durable suivant les conditions générales dans lesquelles se trouve le sujet, — à la révulsion faradique, conclure qu'elles ont été mieux classées dans les algies qu'elles ne le

seraient parmi les hyperesthésies? — Je ne le crois pas, mais admettrais plutôt que la révulsion n'a pas donné dans le traitement des hyperesthésies tout ce qu'on est en droit d'en attendre. Nous pouvons, grâce à l'électricité, localiser la révulsion de la façon la plus étroitement circonscrite ; il nous reste à rechercher pour chaque cas donné quelle devra être cette localisation : *loco dolenti*, ou sur une partie plus ou moins éloignée, et sur quelle partie.

La possibilité de localisation des anesthésies et des hyperesthésies dans les appareils splanchniques, — y compris l'appareil génital, sur les erreurs de sensibilité duquel j'ai insisté dans la dernière leçon, — peut enfin nous rendre compte des perturbations des modes généraux de perception, des lésions de la *cénesthésie*, de la *conscience de l'être*, qui ont conduit quelques auteurs à établir un parallèle entre l'hystérie et l'hypochondrie, faisant de la première l'hypochondrie de la femme, et de l'hypochondrie l'hystérie de l'homme. Les deux affections sont bien distinctes assurément ; mais non au point de ne jamais offrir de points de contact, au moins accidentels. Ce sont ces points de contact que j'essaie d'indiquer en rattachant aux anomalies des sensibilités viscérales, anomalies communes chez les hystériques, certains troubles psychiques dont la rencontre chez quelques hystériques a pu conduire plusieurs auteurs à faire trop facilement de l'hystérie une affection surtout vésanique.

Nous arrivons, Messieurs, aux *algies* proprement dites, aux manifestations douloureuses spontanées, aussi spontanées du moins que permet de le constater l'observation.

Lorsque nous avons essayé de définir l'hystérie par une énumération de symptômes, je vous ai indiqué les plus communs de ces phénomènes douloureux : Algies intercostales, bregmatiques, gastriques, rachidiennes, lombo-abdominales, occipito-frontales, cardiaques, faciales.

Il a été déjà question, tout à l'heure, des *algies intercostales* à l'occasion des hyperesthésies, parmi lesquelles je serais d'avis de les comprendre.

J'insisterai de nouveau, à cette occasion, sur la tendance avec laquelle nous devons aborder l'étude des symptômes : c'est en les faisant servir à éclairer la pathogénie, en partant de la manifestation clinique pour essayer de remonter l'échelle de ses causes, qu'elle nous conduira à une thérapeutique de plus en plus rationnelle, non plus fondée sur la statistique, mais sur des indications individuelles. C'est pour cela que j'ai depuis longtemps renoncé au mot « *névralgie* », qui ne veut rien dire s'il ne désigne ce qu'on eût appelé, il y a peu de temps encore, une douleur « essentielle, » c'est-à-dire s'il ne s'applique à une condition qui n'existe pas.

La douleur est possible sous l'influence d'une sollicitation périphérique ou centrique locale, permanente ou transitoire, comme il arrive dans l'inflammation ; mais dans la plupart des cas, dans ceux notamment auxquels on a spécialement appliqué le nom de névralgie, elle reconnaît pour cause une action de cet ordre, aiguë ou chronique, accidentelle ou diathésique, sur un nerf hyperesthésique. Or, l'hyperesthésie d'un nerf suppose dans ses tenants ou aboutissants une condition paralytique ; et c'est celle-ci qu'il faudrait rechercher et traiter pour appliquer une thérapeutique vraiment rationnelle. Le cas n'est pas tout à fait différent pour l'inflammation elle-même, dans laquelle,

ainsi que l'a montré Cl. Bernard, on rencontre à l'un des degrés de la série des paralysies ganglionnaires.

Je n'ai pas à insister davantage ici sur cette question, déjà développée dans mes leçons sur la pathologie nerveuse; mais je devais vous en rappeler les conclusions générales : à savoir qu'une paralysie se rencontre toujours comme phénomène initial ou intermédiaire dans les conditions pathologiques qui se traduisent par une exaltation fonctionnelle, — au moins par une exaltation durable, — d'ordre sensitif aussi bien que d'ordre moteur.

Les *algies intercostales* nous apparaissent donc surtout comme des hyperesthésies intercostales dans lesquelles la douleur est éveillée par les mouvements respiratoires, les battements cardiaques, des attitudes défavorables, le refoulement du diaphragme par des gaz, etc.

Le succès des révulsifs *loco dolenti* peut s'expliquer au moins de deux façons : ou par leur influence sur des conditions circulatoires locales que nous aurons à examiner dans une prochaine leçon à l'occasion des lésions diathésiques, ou par la transmission centripète d'excitations capables d'agir sur la condition paralytique centrale, cérébrale ou spinale, qui détermine l'hyperesthésie. Je dis cérébrale ou spinale, et non ganglionnaire, parce que je crois que si la paralysie motrice était ganglionnaire, elle se traduirait par quelques-uns au moins des phénomènes de l'inflammation.

Mais faut-il renoncer à prendre plus haut l'hyperesthésie intercostale? Faut-il renoncer à traiter la paralysie centrale, — dont je ne recherche pas encore les origines, — qui la tient sous sa dépendance?

Je l'ai essayé quelquefois avec succès en faisant porter l'application révulsive, non plus sur le point douloureux, mais sur la région rachidienne, au niveau des points d'émergence des nerfs qui paraissent malades. Depuis quelque temps, je l'ai essayé quelquefois aussi en pratiquant sur ces mêmes points la galvanisation polaire positive. Les résultats sont moins frappants que ceux de la révulsion *loco dolenti*; peut-être, quand on les obtient, sont-ils plus durables. Quoi qu'il en soit, les variations dans les effets d'une même application thérapeutique accusent la nécessité de chercher à faire, entre des cas divers d'apparence identique, un diagnostic différentiel, dont les éléments seront, je crois, le plus souvent fournis par la notion de conditions générales dystrophiques.

Ce que je viens de vous dire des algies intercostales est applicable de tout point aux *algies rachidiennes*, très communes également chez les hystériques. Ici encore les accidents observés paraissent le mieux s'expliquer par une affection centrale paralytique produisant de l'hypéresthésie, et, par suite, des manifestations douloureuses de nerfs tiraillés par des mouvements, ou comprimés par des exsudats à la formation desquels peuvent concourir des conditions locales de divers ordres, et des conditions générales diathésiques.

Dans ces cas, une affection périphérique du nerf, c'est-à-dire une affection intéressant son trajet, son épanouissement, ou le milieu au sein duquel il se perd, peut servir à expliquer par un mécanisme peu compliqué la localisation des phénomènes douloureux.

Mais le mécanisme des algies n'est pas nécessairement

aussi simple, aussi direct. Indépendamment des algies immédiatement explicables par une affection du nerf sensitif, il y a lieu de tenir compte d'états douloureux procédant d'autres sources. Dans un mémoire sur les *algies centriques et réflexes* (Archives gen. de médecine, 1868), j'ai, à côté des états douloureux liés à une affection fondamentale des centres, fait la part de ceux qui procèdent de la réflexion d'une affection périphérique des conducteurs sensitifs. C'est surtout à ces deux catégories que me paraissent devoir être rattachés ceux des phénomènes douloureux de l'hystérie dont il me reste à vous entretenir.

Peut-être n'avez-vous pas oublié les conclusions auxquelles nous avaient conduit, à cet endroit, l'expérimentation physiologique et l'observation clinique :

« Les nerfs sensitifs peuvent être lésés, même dans l'appareil de la vie animale, sans qu'aucun phénomène conscient, sans qu'aucune douleur traduise cette affection.

« La lésion non douloureuse, l'affection inconsciente d'un nerf sensitif peut se propager, suivant son trajet, jusqu'au centre nerveux, et constituer celui-ci à l'état pathologique.

« Les centres une fois impressionnés parla transmission centripète non douloureuse, — que je m'abstiens, pour le moment, de caractériser plus nettement parce qu'elle se montre en puissance d'action dans des conditions très variées, — les centres impressionnés deviennent, à leur tour, causes prochaines de désordres semblables à ceux qui s'observent lorsqu'ils sont affectés primitivement. Seulement ces désordres, au lieu d'être dits centriques, doivent, de par leur origine, être qualifiés *réflexes* ».

De quelle nature sont-ils, au point de vue symptomatique? — Paralytiques ou hyperismiques.

Je vous disais tout à l'heure que, tout en admettant l'existence de paralysies réflexes durables, je les croyais plus rares qu'on ne l'a admis depuis une vingtaine d'années. Je crois plus commun, — peut-être le plus commun, — le mécanisme réflexe des contractures et des hyperesthésies. Je crois, enfin, extrêmement commune l'origine réflexe des algies.

J'en ai, dans le mémoire cité, fourni un certain nombre d'exemples empruntés exclusivement à l'appareil nerveux de la vie de relation; j'admets que l'hystérie nous fournit une proportion considérable de ces algies réflexes. Le point de départ en est-il dans l'utérus? — Cela me paraît infiniment probable pour nombre d'entre elles, pour celles notamment qui, comme les algies *lombo-abdominales* et les algies *bregmatiques*, ne s'observent peut-être jamais que concurremment avec une affection de l'appareil génital, et pour les algies *intercostales*, qui, bien qu'observables dans les circonstances les plus variées, font bien rarement défaut quand existent des affections utérines dans des conditions sur lesquelles je vais avoir à m'arrêter.

Parmi les arguments donnés en faveur de l'opinion qui tend à déposséder l'utérus du rôle prédominant que lui faisaient jouer les anciens dans la production des manifestations pathologiques qu'ils avaient groupées sous le nom d'hystérie, il en est une qui, au moins à première vue, semble avoir une valeur décisive : à savoir que les accidents, paralytiques, hyperismiques, ou ataxiques, qui concourent à constituer l'ensemble symptomatique de l'hystérie, se montrent rarement comme conséquence probable des affections inflammatoires ou des hétéroplasies de l'utérus et de son entourage. Le fait est exact, au moins d'une manière générale; quant à la conclusion, je ne la crois légitime

qu'en apparence, bien que ce soit sur un autre terrain qu'ont été faites les observations qui m'ont conduit à admettre que la théorie qui fait à l'appareil génital le rôle prédominant dans l'hystérie n'est pas en contradiction avec les faits de non retentissement habituel de certaines affections utérines évidentes, et spécialement de celles qui se traduisent le plus régulièrement par des manifestations douloureuses.

Dans le mémoire sur les *algies réflexes* que je vous rappelais tout à l'heure, j'insistais sur ce fait qu'un nerf sensitif pouvait affecter le centre nerveux par des transmissions autres que celles d'impressions douloureuses ; que même les deux ordres de transmissions semblaient s'exclure, au moins dans une très large mesure. J'établissais notamment que la nature réflexe des algies d'origine dentaire avait été jusque là méconnue parce qu'elles coïncident toujours avec une lésion nécrosique d'une dent *qui ne fait pas souffrir*. Quand une dent malade fait souffrir, il est rare qu'elle donne lieu à des réflexes d'ordre sensitif ; lorsqu'on rencontre ceux-ci, c'est que la dent malade est indolore. Or, c'est ce que nous voyons pour l'utérus : les endométrites, les périmétrites, les carcinômes sont douloureux ; ces affections ne s'accompagnent qu'exceptionnellement de manifestations hystériques. Il n'en est plus de même de la grossesse, des aménorrhées symptomatiques d'un engorgement simple, ou du début d'un fibrome : sans fournir toujours au complet les manifestations de l'hystérie, ces affections en sont souvent accompagnées. Il m'a semblé que plus tard, quand l'affection locale s'accentue au point de devenir douloureuse, les réflexes diminuent souvent ; aussi serais-je disposé à admettre que l'influence sédative attribuée aux progrès de l'âge doit être surtout rapportée aux progrès de quelque affection

locale qui, longtemps indolore, finirait par devenir douloureuse et par appeler l'attention pour son propre compte.

Je crois donc, Messieurs, que l'état de l'appareil génital joue, dans la production de l'hystérie, un rôle considérable; et c'est surtout sur les considérations que je viens de vous présenter que se fonde mon opinion. Le peu d'influence des maladies *criardes* de cet appareil ne me paraît pas avoir la signification qu'on lui a attribuée; l'influence plus marquée de ses états pathologiques *obscurs* me paraît, au contraire, un argument à peu près décisif.

En prenant ces conclusions générales, je ne prétends pas que certaines affections non douloureuses de l'utérus doivent nécessairement entraîner l'hystérie: je veux seulement exprimer qu'elles y interviennent comme condition prédisposante ou déterminante suivant les cas, ou mieux comme composantes d'une étiologie d'ensemble dont nous allons avoir à accentuer les autres éléments.

C'est à l'occasion des phénomènes douloureux que je viens de prendre une conclusion partielle fondée sur des considérations pathogéniques générales. Il est un critérium qu'on manque rarement d'invoquer à l'appui des thèses pathologiques, c'est celui du traitement; j'y recourrai aussi, tout en vous déclarant à l'avance que les arguments favorables à l'admission à peu près exclusive de l'influence utérine que j'avais cru autrefois y trouver ne me paraissent plus aujourd'hui aussi décisifs. Quand on est tenté d'expliquer par des réflexes les résultats thérapeutiques, il faut se souvenir des cas de guérison de certaines algies sciatiques par la cautérisation de l'hélix.

Je m'étais donc autrefois demandé si les accidents regardés

comme hystériques étant d'origine utérine, ils ne seraient pas justiciables de la faradisation utérine seule. Quelques épisodes des observations que je vous ai données à l'occasion des déviations témoigneraient bien dans ce sens; mais des doutes restent permis. Avant de les motiver et de rechercher quelles pourraient être les causes d'erreur dans l'interprétation des résultats, je vous rappellerai quelques observations dans lesquelles des états surtout douloureux se sont trouvés heureusement modifiés par des actions purement physiques exercées sur l'utérus et parfois sur lui seul.

Obs. LXXVII. — *Anémie. — Algies intra-pelviennes. — Gastralgie. — Hystérie convulsive à types dyspnéique et délirant. — Faradisation utérine. — Grande amélioration malgré la cessation prématurée du traitement.*

Mme B..., quarante-cinq ans environ, a fait une fausse couche étant jeune, et n'a pas eu de grossesse depuis.

Des douleurs dans le bassin lui avaient fait réclamer, il y a dix ans, les soins de Valleix, qui appliqua le redresseur utérin. Celui-ci fut mal supporté ; et, bien qu'il n'ait déterminé aucun accident, la malade y renonça au bout de quelques jours. Bien qu'incomplet, le traitement par le redresseur fut suivi d'une amélioration très marquée qui persista plusieurs années.

Aujourd'hui (janvier 1862), Mme B..., réduite à un état d'anémie extrême, est privée de sommeil depuis plusieurs mois par des névralgies continuelles, ayant alternativement pour siège l'urèthre, le rectum, l'anus, les régions sacrée et inguinales. Presque tous les jours surviennent des crises convulsives asphyxiques, à la fin desquelles il y a perte de connaissance pendant une ou deux minutes. L'ingestion des aliments provoque de vives douleurs d'estomac; celles-ci apparaissent souvent spontanément; l'alimentation ne consiste plus guère qu'en quelques cuillerées de bouillon et des tisanes. Constipation opiniâtre; les purgatifs, drastiques ou salins, fréquemment employés, amènent des selles, mais sans calmer les douleurs.

Les douleurs de l'anus ont fait croire à une fissure; on a eu recours à la dilatation brusque sans donner aucun soulagement à la malade.

Tout récemment, on a essayé, à deux reprises, des suppositoires belladonés; ceux-ci ont produit des accidents d'empoisonnement dont j'ai été témoin la seconde fois.

7 janvier 1862. Le toucher me montre l'utérus abaissé. On trouve sur la face antérieure, au niveau de l'orifice cervical supérieur un bourrelet transversal étroit. Je me demande si c'est la trace d'une antéflexion ancienne ou une altération devant faire craindre une antéflexion prochaine; les renseignements que la malade n'a pu me donner que plus tard devaient me confirmer dans la première de ces opinions. Au niveau de cette partie, l'utérus n'est pas sensible à la pression du doigt; mais on y provoque une douleur vive quand, appuyant sur le col, on soulève l'organe en totalité. Le volume appréciable et le poids de l'utérus sont sensiblement normaux. Le col est sain. Catarrhe transparent, mais abondant. Vagin très pâle.

Le 7 janvier, la malade étant encore sous l'influence d'une intoxication par la belladone (vertiges, stupeur alternant avec du délire et des hallucinations, fièvre, éruption scarlatiniforme), je fais une première séance de faradisation recto-bi-abdominale, qui est très bien supportée. Un peu de calme suit, et il y a du sommeil la nuit.

Retour des douleurs le 8. Faradisation recto-bi-abdominale le 9. J'emploie successivement des courants de haute, de moyenne et de basse tension. Les derniers seuls provoquent, dans les intestins, des mouvements dont la malade a conscience. Tous donnent des sensations de picotement au niveau des excitateurs abdominaux, mais, chose remarquable et tout à fait anormale, ces sensations abdominales sont d'autant plus vives que le courant employé a moins de tension.

10 janvier. Une attaque convulsive asphyxique le soir.

13 janvier. Un peu de tranquillité les jours précédents; mais les névralgies reparaissent la nuit avec toute leur intensité. Faradisation recto-bi-abdominale par courants de moyenne tension. Substituant aux excitateurs abdominaux humides le balai métallique, je constate une insensibilité complète de la paroi abdominale, qui m'explique les anomalies de la séance précédente : si la sensation accusées alors n'étaient vraisemblablement pas des sensations cutanées ou n'étaient pas fournies par les nerfs de la sensibilité générale consciente. Au bout de cinq minutes de cette faradisation cutanée, l'application du balai devient douloureuse. Après la séance, sédation marquée.

Crise convulsive le soir, suivie d'affaiblissement, mais sans douleurs.

Le 14, algie vésicale et uréthrale.

Le 15, faradisation recto-abdominale avec excitateur abdominal sec. Insensibilité en commençant; la sensibilité revient pendant la séance.

La nuit suivante et celle du 16 au 17, la malade est encore réveillée par des crises : anxiété, suffocation, douleurs pelviennes suivies d'un affaissement profond.

Le 17, faradisation recto-abdominale. J'emploie alternativement des excitateurs abdominaux humides et le balai métallique.

La journée et la nuit se passent bien : pas de crise, douleurs très affaiblies; quelques aliments légers et du vin sont supportés.

Le 18, la malade peut sortir et faire une courte promenade ; à partir de ce jour, elle peut venir se faire électriser chez moi.

Le 19, faradisation recto-abdominale, en faisant toujours alterner les excitations abdominales humides et sèches.

Le 21, faradisation recto-abdominale par courants de faible tension qui deviennent douloureux lorsqu'ils sont un peu intenses.

Comme il y a eu de la névralgie du vagin, je termine la séance par une faradisation abdomino-vaginale, employant pour excitateur vaginal un spéculum plein.

Règles le 23, sans douleurs, durent trois jours, peu abondantes.

27 janvier. Les douleurs anale et rectale ont presque disparu depuis quelques jours; les douleurs vulvaires et vaginales sont moindres; mais la névralgie uréthrale persiste et a peut-être même augmenté depuis la cessation des règles. Faradisation recto-uréthrale.

Le 29, le météorisme, que j'ai oublié de mentionner précédemment, n'apparaît plus que passagèrement et beaucoup moindre qu'avant le début du traitement. Les douleurs uréthrales sont devenues très supportables. Faradisation recto-uréthrale ; puis faradisation recto-abdominale.

31 janvier et 4 février, faradisation recto-uréthrale et recto-abdominale.

8 février. Retour des douleurs uréthrales.

Le 9, métrorrhagie, d'abondance médiocre, qui ne cesse que le 13 au soir. Les douleurs uréthrales ont persisté tout ce temps.

14 février. Faradisation recto-uréthrale.

18 février. Retour des douleurs de la vulve, de l'urèthre et du rectum ; insomnie la nuit suivante.

19 février. Faradisation recto-uréthrale. La malade m'accuse, pour la première fois, une douleur rachidienne vague et sourde,

avec sensation de chaleur dans la région cervicale, douleur qui daterait de plus de deux ans.

19 février. Mauvaise nuit.

Les 20, 22, et 25, faradisation uréthro-abdominale et uréthrorectale. Les douleurs sont moins fortes, mais elles ne disparaissent pas complètement.

Crises convulsives et névralgiques le 1er mars au soir. Faradisation recto-bi-abdominale. La nuit est bonne.

Nouvelle crise le 4, après plusieurs journées et nuits très satisfaisantes. Il est à noter que, dans ces crises, les phénomènes convulsifs sont de moins en moins prononcés ; mais les phénomène névralgiques reparaissent avec toute leur intensité ; ils durent seulement moins longtemps. Une séance de faradisation recto-abdominale et recto-épigastrique pendant l'accès le supprime entièrement. Le rectum, très sensible à une certaine hauteur, est insensible au voisinage de l'anus ; c'est là d'ailleurs un fait extrêmement commun et qui se retrouve presque constamment chez les hystériques, les hypochondriaques, les gastralgiques et beaucoup de rhumatisants.

La fin de la journée du 4, la nuit suivante et la matinée du cinq se passent fort bien.

5 mars. Faradisation recto-abdominale.

Règles le 6 mars, sans douleurs, durent cinq jours, d'abondance moyenne.

14 et 16 mars. Faradisation recto-utérine. L'extrémité inférieure du rectum est devenue sensible. La substitution de la faradisation recto-utérine aux procédés employés jusqu'ici est indiquée par un degré marqué d'antéversion qui me porte à voir dans les névralgies du bassin l'origine possible de mouvements ou de contractures réflexes concourant à la production des déviations de l'utérus. Depuis ses dernières règles, madame B... va bien ; elle se promène tous les jours, a retrouvé l'appétit de la santé et prend des forces.

19, 22 et 24 mars. Faradisation recto-utérine.

La malade part pour la campagne le 1er avril, jour du retour des règles. Celles-ci cessent le 5 ; une névralgie inguinale double coïncide avec leur cessation. Retour à Paris.

7 et 10 avril. Faradisation recto-utérine.

14 avril. Les douleurs au niveau des orifices extérieurs des canaux inguinaux persistent. Faradisation vagino-bi-inguinale.

17 avril. Faradisation vagino-bi-inguinale.

21 avril. Faradisation recto-bi-inguinale.

25 avril. Faradisation recto-utérine. La malade va de mieux en mieux ; il y a toujours de l'antéversion.

Mme B... repart pour la campagne, où elle reside trois semaines. Elle y est sujette à des lipothymies et y perd le sommeil et l'appétit. Ce mauvais effet de la campagne est très commun chez les sujets très anémiques.

Retour à Paris le 24 mai. Quelques jours après, madame B... se trouvait beaucoup mieux. Elle se plaignait seulement d'une douleur vive au niveau de l'épigastre et au bas de la jambe droite. Au niveau des parties douloureuses, la peau était insensible. Trois séances de faradisation cutanée supprimèrent la douleur et ramenèrent la sensibilité de la peau.

Un mois après, madame B... continuait à aller assez bien, ne conservant qu'une grande faiblesse et quelques douleurs pelviennes rares et passagères.

Je n'ai plus revu cette malade ; mais j'ai su, par la personne qui me l'avait adressée, que les névralgies vulvaire, uréthrale et anale avaient reparu au bout de quelque temps.

Octobre 1863. Ayant rencontré madame B..., j'ai pu constater qu'on m'avait singulièrement exagéré son malaise ; je l'ai trouvée dans un état très satisfaisant et fort gaie.

OBS. LXXVIII. — *Spasmes hystériques. — Gastralgie. — Engorgement et antéflexion de l'utérus. — Faradisation utérine. — Guérison de la gastralgie et de l'engorgement. — Persistance de l'antéflexion, corrigée plus tard par une grossesse.*

Mme P., dix-neuf ans. Nullipare. Gastralgie avec douleurs continues, s'exaspérant le soir et après le repas. Lipothymies. Boule hystérique. Algie intercostale gauche. Céphalalgies fréquentes. Palpitations. Réglée assez régulièrement; l'écoulement dure une semaine ; il est douloureux. Leucorrhée. Constipation habituelle.

Abaissement de l'utérus. Antéflexion très prononcée. Engorgement considérable limité au corps de l'organe. Ulcération du col qui est assez largement ouvert.

Du 7 au 28 novembre 1862, onze séances de faradisation recto-utérine, et quatre cautérisations de l'ulcération du col au nitrate d'argent; cette ulcération était cicatrisée le 23. La gastralgie, la névralgie intercostale et les spasmes hystériques avaient en partie disparu après la cinquième séance; la malade ne devait plus en souffrir que de loin en loin et passagèrement.

Règles du 3 au 8 décembre, abondantes pendant trois jours, sans douleurs. Elles sont suivies de douleurs sternales et d'une leucorrhée abondante qui cessent le 12.

12 décembre. Engorgement moindre. Abaissement un peu diminué. L'antéflexion n'est pas modifiée.

Du 12 au 31 décembre, sept séances de faradisation recto-utérine. Absence de contractions dans la première de ces sept séances. Absence presque complète, durant tout ce mois, des phénomènes algiques et spasmodiques.

Règles le 3 janvier 1863 ; un peu douloureuses le premier jour ; durent quatre jours, abondantes les trois premiers. Cette menstruation n'est suivie d'aucun malaise.

Le 17 janvier, l'engorgement a complètement disparu ; l'abaissement est un peu moins prononcé ; quant à l'antéflexion, elle se trouve à peine modifiée, et la faible amélioration notée de ce côté pourrait bien n'être qu'apparente et tenir à la résolution de l'engorgement.

L'amélioration de l'état général a persisté.

Du 17 au 27 janvier, trois séances de faradisation recto-utérine.

Règles le 3 février, sans douleurs; durent cinq ou six jours. Quelques douleurs sternales et dorsales durant les premiers jours qui suivent les règles.

25 février. La malade se trouve fort bien. Le toucher n'indique aucun changement dans la situation de l'utérus.

Le traitement a été ici appliqué avec assez de régularité pour qu'au point de vue de l'antéflexion, on doive considérer ce cas comme offrant un résultat négatif.

Trois mois après, l'amélioration générale se soutenait ; l'établissement de la menstruation avait cependant été une fois douloureux, et il y avait de temps en temps des maux de tête.

Une couche heureuse à la fin de juillet 1869.

Le 30 septembre, les règles ne sont pas revenues. Douleurs dorso-sternales ; pesanteur dans le bassin, gênante seulement pendant la station debout; leucorrhée peu abondante; digestions bonnes.

L'utérus se présente en antéversion; l'ancienne flexion est remplacée par une légère courbure; abaissement ; volume et poids de l'utérus médiocres.

Du 1er au 15 octobre 1869, cinq séances de faradisation recto-utérine; les malaises cessent. J'interromps le traitement parce qu'une grossesse me paraît possible.

Mme P... était, en effet, enceinte de nouveau.

Obs. LXXIX. — *Gastralgie. — Abaissement. — Antéflexion légère. — Faradisation recto-utérine. — Guérison de la gastralgie.*

M..., trente-huit ans, cuisinière. Une couche, il y a quinze ans. Souffre aujourd'hui de gastralgie avec douleurs sourdes du bas-ventre. Les dernières règles sont à peine venues le 12 août 1861, pâles et décolorées.

Abaissement de l'utérus. Antéflexion légère.

Du 22 août au 6 septembre, quatre séances de faradisation recto-utérine. Cessation presque complète de la gastralgie.

Règles le 8 septembre, peu abondantes et encore douloureuses. Faradisation recto-utérine le 25.

Règles le 1er octobre, toujours peu abondantes, mais venues sans douleurs, La gastralgie n'a pas reparu.

Cinq mois plus tard, M..., qui avait changé de maison et se trouvait dans de moins bonnes conditions hygiéniques, revint me voir. Depuis quinze jours, la gastralgie reparaissait de temps en temps ; mais la malade souffrait surtout d'une névralgie de la plante des pieds qui céda, spontanément je crois, au bout de trois mois, après qu'on lui eut opposé sans succès le sulfate de quinine, les ferrugineux et la faradisation cutanée. Quelques années auparavant, une semblable attaque plantaire traitée par les cataplasmes et le repos avait également duré trois mois.

J'ai rencontré quatre fois cette forme de névralgie, et M. Sée m'en a montré un cinquième cas. Toutes les malades étaient cuisinières. Faut-il regarder la névralgie plantaire comme une forme quelconque des douleurs si fréquentes chez les anémiques, ou comme un symptôme de l'anémie spéciale due à l'intoxication lente par l'oxyde de carbone ?

Obs. LXXX. — *Gastralgie. — Ménopause. — Faradisation utérine. — Guérison de la gastralgie. — Persistance incomplète de la guérison.*

Mme F. L..., a eu quatre enfants, dont le dernier a sept ans ; ses couches se sont bien passées. Depuis dix ans, elle souffre de l'estomac. Vomissements qui ont longtemps coïncidé avec le retour, régulier d'ailleurs, des règles. Depuis deux ans, la menstruation a cessé d'être régulière : une première interruption a duré huit mois ; aujourd'hui Mme L... n'a rien vu depuis trois mois. En même temps les vomissements ont augmenté de fréquence ; ils en sont venus à empêcher l'alimentation. Maigreur considérable. Constipation opi-

niâtre. Engorgement utérin. Abaissement médiocre. Rétroversion légère. Col largement ouvert, ulcéré.

Les 12, 18, 19, 20, 21, 25, 26 février 1863, faradisation vésico-utérine. Contractions difficiles à produire; il faut employer les courants de basse tension, qui sont d'ailleurs très bien supportés. Pas de vomissements depuis le commencement du traitement.

27 et 28 février, 4, 5, 6, 7 mars. Faradisation vésico-utérine et abdomino-rectale. Le rectum est insensible, même à la faradisation avec l'excitateur rectal double. Lavage du col à l'eau iodurée-iodée. Tampon au coaltar.

Vomissements le 9 et 10 mars. Quelques douleurs utérines. Les lavements sont toujours nécessaires; néanmoins les selles sont plus faciles.

18 mars. Faradisation abdomino-rectale. Rectum toujours insensible aux courants de basse tension.

19 mars. Faradisation rectale et abdomino-rectale.

20 mars. Même traitement. Le rectum commence à se montrer sensible.

21 mars. *Idem.* Rectum plus sensible. L'ulcération du col est guérie.

1, 2, 3, 15, 16, 17 avril. Faradisation abdomino-rectale et faradisation cutanée de la paroi abdominale. La rétroversion persiste ; mais elle est très légère et l'état général est devenu assez satisfaisant pour que je croie devoir cesser le traitement.

Je n'ai pas revu M[me] L..., qui n'habite pas Paris. Après être arrivée à supporter le régime de tout le monde, et même à boire volontiers le vin, pour lequel les femmes gastralgiques ont généralement de l'aversion, elle a dû reprendre la diète lactée afin d'éviter les vomissements qui recommençaient de temps en temps à se produire.

Janvier 1864. Le mari de cette malade me dit que l'état de sa femme est aujourd'hui tout à fait satisfaisant : la maigreur a fait place à un certain embonpoint; le teint est plus coloré qu'il ne l'a jamais été ; néanmoins le régime lacté est seul désiré et seul bien supporté.

Août 1869. Je revois quelquequefois M[me] F. L..., et ai souvent de ses nouvelles par sa fille, à qui je donne des soins. Son état est le même : très satisfaisant à la condition de s'écarter peu de la diète lactée.

Ce fait ne nous intéresse que par la suppression des vomisse-

ments au début. Plus tard, la faradisation a porté sur la masse intestinale, ce qui ôte à l'observation une partie de sa valeur expérimentale. Le même desideratum existait dans les deux observations précédentes.

Dans la suivante, le traitement a été plus simple; institué contre des accidents utérins, il a eu raison d'accidents algiques variés, mais de siège rapproché du point sur lequel on agissait.

Obs. LXXXI. — *Ménorrhagies. — Anémie. — Algies. — Antéversion presque horizontale. — Faradisation. — Soulagement tardif. — Guérison.*

Mme J. L..., vingt-six ans, a eu, il y a neuf mois, une couche facile. Un mois après elle a été traitée pour une *névralgie générale* (?) qui a duré un mois.

Depuis, douleurs incessantes, plus fortes la nuit, dans les reins, le bas-ventre et les aînes. La menstruation a lieu régulièrement tous les mois, très abondante, avec caillots, durant de 8 à 10 jours; elle s'accompagne de violentes douleurs de reins. Anémie extrême.

Le 22 novembre 1862, je constate une antéversion presque horizontale, avec engorgement considérable limité au corps et abaissement médiocre. Leucorrhée abondante. Les dernières règles ont duré du 10 au 19.

Du 22 novembre au 8 décembre 1862, huit séances de faradisation recto-utérine ne procurent pas immédiatement le soulagement habituel, mais laissent persister, quoiqu'à un degré moindre, les douleurs de reins et de la région iliaque gauche qui n'offre d'ailleurs aucune tumeur ovarique et n'est pas empâtée.

Règles le 10 décembre, avec exaspération des douleurs, prenant, le 12, le caractère d'une métrorrhagie avec caillots ; cessent le 18.

La malade se trouve bien jusqu'aux règles suivantes qui arrivent le 12 janvier, durent 8 jours, aussi abondantes, moins douloureuses.

Jusqu'aux règles suivantes la malade va bien. Celles-ci arrivent le 12 février et durent 9 jours, aussi abondantes que d'ordinaire, et s'accompagnant de douleurs iliaque, inguinale et sciatique gauches beaucoup plus fortes que le mois précédent. Après la cessation des règles, les douleurs persistent.

Du 3 au 11 mars, cinq séances de faradisation recto-utérine. Les

trois premières ont été suivies de faradisation cutanée de la région ilio-inguinale gauche qui a supprimé les douleurs. A partir du 8 mars, la malade va très bien.

2 septembre 1863. L'amélioration a persisté. Les règles durent 5 ou 6 jours, toujours abondantes, mais sans caillots. Les douleurs nocturnes n'ont pas reparu; la marche est libre. Au moment des règles, les douleurs de reins se montrent seules. Depuis trois semaines la leucorrhée a reparu; la miction est suivie de douleurs sourdes dans le bas-ventre. Engorgement beaucoup moindre; abaissement peu marqué; antéversion en grande partie corrigée.

Du 2 septembre 1863 au 25 février 1864, dix séances de faradisation recto-utérine à intervalles irréguliers.

27 février 1864. L'antéversion n'existe plus. Depuis trois mois, les règles, d'une abondance normale, ne durent plus que trois ou quatre jours.

J'ai eu des nouvelles de cette malade dans le courant de 1867 : la guérison se maintenait intacte, et l'état général était devenu très satisfaisant.

Ces observations, dans lesquelles des phénomènes douloureux, tantôt voisins de l'utérus, tantôt éloignés de lui, ont été heureusement influencés par une médication assez étroitement localisée, tendraient à faire admettre que si l'amélioration des algies n'est pas liée à celle de l'état de l'utérus, que si l'intervention thérapeutique a agi par voie réflexe sur les nerfs affectés, cette voie réflexe si bien ouverte aux actions thérapeutiques doit être facile aux influences pathogéniques. De quelque façon donc qu'on interprète les résultats obtenus, qu'on les considère comme liés à une modification avantageuse de l'état de l'utérus, ou qu'on les envisage comme conséquence d'une révulsion localisée autrement que d'habitude, ils témoignent au moins de la vraisemblance de l'hypothèse qui, rattachant les algies de l'hystérie à un état pathologique de l'appareil génital, les envisagerait comme des algies réflexes.

Ce qui manque toutefois à cette argumentation pour décider

notre conviction, c'est que, dans la pratique, les conditions pathogéniques sont multiples; c'est encore que, malgré sa simplicité de mécanisme immédiat et l'exacte limitation apparente de sa localisation, notre épreuve thérapeutique affecte non seulement l'appareil nerveux centripète de la partie, mais agit sur d'autres conditions, sur l'économie circulatoire de la région notamment, d'où des effets dérivatifs généraux sur l'importance desquels j'aurai bientôt à revenir, quand surtout nous aurons à faire la part de l'anémie comme facteur des états douloureux.

Quoi qu'il en soit, si nous ne sommes pas autorisés à placer les centres nerveux sous la domination de l'utérus, nous pouvons, je crois, affirmer déjà entre eux une solidarité assez étroite pour expliquer quelques phénomènes dont rendrait difficilement compte l'existence d'une lésion exclusive de l'un des deux appareils, solidarité assez bien établie, d'autre part, pour nous permettre d'asseoir sur elle des visées thérapeutiques rationnelles.

QUINZIÈME LEÇON

Hystérie. Formes convulsives

SOMMAIRE : Tout phénomène convulsif procède encore d'une paralysie. — L'attaque convulsive de l'hystérie est une *crise* dans le sens hippocratique du mot. — Faradisation utérine dans la crise et dans les intervalles. — La crise hystérique et la crise vénérienne. — Effets de la faradisation utérine sur le sens génital.

Strangulation, anhélation, toux, vomissement ; leur origine bulbaire ; leur traitement dans l'hystérie.

Du rôle de l'état général des sujets : anémie et chlorose. — Prédominance des formes algiques dans l'anémie; des formes convulsives dans la chlorose.

MESSIEURS,

Après avoir examiné au point de vue de leur genèse, de leurs relations étiologiques, les symptômes d'ordre paralytique et d'ordre hyperismique rattachés à l'hystérie, il me reste à vous parler des symptômes ataxiques, que nous aurons à étudier ici à un double point de vue: celui de leur mécanisme, et celui de leur moralité pathologique. L'étude symptomatologique de l'hystérie close sur cet ordre de phénomènes, nous aurons à tenir compte de l'état général, du milieu organique qui en est le théâtre, du terrain sur lequel elle évolue. Ce n'est qu'après ces considérations qu'il me sera possible de vous présenter sur la question thérapeutique des vues d'ensemble

dont ne sauraient nous dispenser les quelques échappées faites sur le traitement à l'occasion de certains symptômes.

Les phénomènes convulsifs sont ceux qui frappent le plus dans l'hystérie ; c'est la description d'une crise convulsive, classique en quelque sorte, qui remplace les définitions de l'affection d'ensemble que ne permettent pas encore les vues systématiques émises à son endroit, tant par ceux qui la regardent comme une névrose que par ceux qui la considèrent comme l'expression d'une hystéropathie.

Je vous ai déjà rappelé la physionomie générale de cette crise en vous disant qu'elle débutait par une *aura* consistant en la sensation de déplacement d'une boule qui remonterait quelquefois de l'utérus, plus souvent de l'épigastre, à la région laryngienne, se continuant par des mouvements désordonnés à la fois cloniques et toniques dans des mesures variables, et se terminant par des évacuations lacrymales et urinaires.

Vous trouverez dans tous les traités de pathologie descriptive des tableaux achevés de cette crise, que vous connaissez d'ailleurs parfaitement *de visu* ; aussi n'en retiendrai-je que les traits généraux que je viens de vous rappeler et qui offrent un thème suffisant aux considérations que 'ai à vous présenter sur l'hystérie convulsive. Il me suffira d'ajouter au sommaire qui précède, que la crise s'accompagne souvent de perte de connaissance, mais qu'il est loin d'en être toujours ainsi ; que l'aura peut manquer ; que les mouvements cloniques ou toniques peuvent manquer ensemble ou séparément ; que les hypersécrétions finales elles-mêmes font quelquefois, mais plus rarement défaut ; enfin que l'existence de cette crise classique, même décomplétée, n'est pas néces-

saire pour permettre de porter, dans nombre de cas, le diagnostic *hystérie*.

Ce qui nous intéresse surtout ici, c'est le mécanisme d'un phénomène dont les variations somatiques s'expliquent par la complexité des conditions qui concourent à son expression, et par la variété des terrains sur lesquels il se produit.

Or, je vous ai souvent dit qu'en pathologie chronique je ne croyais qu'aux affections primitivement ou fondamentalement paralytiques; — que les types hyperismiques et ataxiques n'étaient que des expressions symptomatiques, des formes secondaires; — qu'un organe accidentellement lésé peut, au moment de la lésion et pendant un temps consécutif plus ou moins court, traduire l'effet d'une *irritation*, mais que, si la lésion est persistante, elle aboutit à une paralysie; — que cette paralysie une fois établie, la série fonctionnelle dans laquelle le point lésé joue un rôle se trouve rompue, et qu'à la suite du désembrayage qui en résulte certains organes, abandonnés à eux-mêmes, présentent, en vertu de la part d'autonomie qu'ils ont recouvrée, un *fonctionnement fou*, qui se traduit symptomatiquement par de l'hyperismie ou de l'ataxie.

La question se pose donc ici, à propos des ataxies, comme elle s'est posée pour les hyperismies. Sous l'influence du concours *nécessaire* de *plusieurs* causes, les rapports de certains organes moteurs et de certains organes sensitifs avec les centres cérébral, spinal, cérébelleux, ganglionnaires, sont troublés; l'influence des pondérateurs physiologiques se trouve annulée ou amoindrie d'une façon plus ou moins capricieuse; d'où des manifestations désordonnées d'ordre moteur aussi bien que d'ordre sensitif.

Quel est le siège de la paralysie, ou les sièges des paralysies

partielles et passagères qui permettent ce désordre ? C'est là la question qu'il importerait de résoudre pour arriver à instituer une thérapeutique causale, bien plus sûrement efficace que la thérapeutique symptomatique, — dont je suis loin cependant de penser le mal qu'on en a dit quelquefois.

Or, Messieurs, nous ignorons le siège exact des paralysies qui tiennent sous leur dépendance les manifestations convulsives des hystériques. L'anatomie pathologique nous le montrera peut-être un jour ; cependant je crois qu'elle ne pourra que confirmer alors des notions que nous aurons acquises par quelque autre procédé. Actuellement, c'est à l'interrogation des symptômes, aidée de quelques données fournies par la physiologie expérimentale que nous devons recourir pour nous faire une idée du champ dans lequel doivent se circonscrire les recherches.

Déjà, la forme des symptômes nous permet de mettre hors de cause l'appareil moteur, commençant dans la corne grise antérieure de la moelle et finissant au muscle : il affirme suffisamment sa non-paralysie.

Une paralysie de l'appareil sensitif, commençant aux surfaces impressionnables et se terminant soit à la corne grise postérieure, où commence le centre spinal, soit en dehors des noyaux opto-striés, où siège le centre cérébral, peut bien, par la modalité de sa distribution, influencer la forme des phénomènes convulsifs, — vous savez comment la perte du sens musculaire modifie la motilité, — mais elle ne saurait ni les faire naître ni en réaliser les conditions organiques.

Je crois donc admissible qu'une paralysie puisse, sous l'influence additionnelle d'une action irritante, d'une excitation passagère, d'un trouble circulatoire local, par exemple, déci-

der la forme convulsive d'un acte réflexe quelconque, ainsi que cela se voit dans l'empoisonnement par la strychnine. Mais, — toujours comme dans l'empoisonnement par la strychnine, — il faut, pour que des convulsions se produisent, le concours d'une exaltation du pouvoir réflexe, qui suppose la paralysie centrale, cérébrale, dont le siège reste à déterminer.

En somme, ce que nous savons des paralysies de la sensibilité, que nous serions tentés de mettre en cause en raison de leur fréquence dans l'hystérie, ne nous permet pas de leur attribuer, dans la détermination du phénomène, un rôle actuellement décisif. L'expression symptomatique révèle une paralysie centrale, que je crois surtout cérébrale, peut-être cérébelleuse, plus difficilement ganglionnaire ou spinale. Il restera à établir la part des lésions de la sensibilité dans la production de cette affection centrale; nous savons déjà qu'elles peuvent concourir largement à l'établir.

Ces questions sans réponses précises pourront, Messieurs, vous paraître, au premier abord, dépourvues d'intérêt clinique. Je ne les juge pas ainsi et crois qu'il importe de les poser le plus tôt possible, indépendamment même de la prétention de les voir prochainement résolues : elles sont la boussole qui nous guidera dans nos recherches.

J'admets donc, au moins provisoirement, que dans l'hystérie convulsive la lésion fondamentale, — décisive, bien que non déterminante,— est centrale; que l'*ictus*, que l'ébranlement qui produit l'attaque est d'origine périphérique. L'expression clinique répond donc à un accident réflexe.

Comment expliquer maintenant une lésion centrale, — une paralysie centrale, — dont les moyens, au moins actuels, de

l'anatomie pathologique ne nous permettent pas de constater l'existence, dont les signes sont indirects, et dont les effets ne s'accusent que d'une façon intermittente et pendant un temps très court ?

Il faut, pour cela, admettre que l'affection centrale et secondaire est déterminée par la répétition, ou mieux par l'accumulation d'influences d'ordre commun sur une partie faible ou devenue telle ; qu'à un moment donné, l'intervention de quelqu'une de ces influences fait, suivant l'expression vulgaire, « déborder le vase ; » que le désembrayage est alors opéré, et que la crise convulsive en est la conséquence.

Qu'arrive-t-il alors ? — Ici, c'est la clinique qui va répondre.

La rupture d'équilibre qui se traduit par la crise est-elle définitive ? va-t-elle devenir le point de départ d'une affection durable à marche progressive, au moins jusqu'à ce que la thérapeutique intervienne ? — Il n'en est rien : après quelque temps de fonctionnement désordonné, l'équilibre se rétablit : la crise a amené une détente.

C'est là un point sur lequel je ne saurais trop appeler votre attention : *la crise convulsive des hystériques est une crise dans le sens hippocratique du mot :* elle *juge* une situation trop tendue, et amène une détente, qui peut être accompagnée de fatigue, mais aboutit à un soulagement réel.

Je vous ai cité, dans la dernière leçon, à l'occasion des contractures, l'observation de la malade qui m'a donné pour la première fois cette impression, confirmée depuis par des observations multipliées. Ce que j'ai observé si longtemps dans ce cas se retrouve à chaque instant dans la pratique de la ville ; nous l'avons vu ici plusieurs fois dans ces derniers temps chez une jeune femme, hystérique type, qui nous arrive abattue,

hyperesthésique générale, « toute nerveuse », dit-elle, et chez laquelle la faradisation utérine amène rapidement la crise, à la suite de laquelle la détente a lieu. Il importe que vous soyez bien pénétrés de cette moralité thérapeutique de la crise convulsive, pour tirer de son imminence le parti qu'il y a lieu d'en tirer. Lorsqu'une malade se présente à vous dans cet état « d'agacement » qui voudrait aboutir à des larmes, qu'elle est « énervée », oppressée, convulsive sans convulsions, qu'elle vous dit être dans cet état depuis quelques heures, depuis un jour, depuis deux jours, faites-la monter sur le fauteuil, en vous réservant le concours d'un aide qui pourra vous être nécessaire pour contenir la malade, et faradisez l'utérus avec une intensité un peu plus rapidement croissante que dans les circonstances ordinaires. Après une minute ou deux, vous verrez ordinairement venir la crise ; n'interrompez pas pour cela la faradisation, mais n'en augmentez plus l'énergie que peu et graduellement, et continuez-la jusqu'à l'apparition des premiers signes de détente. Vous aurez obtenu ainsi une crise moins violente et beaucoup plus courte que les crises spontanées, crise provoquée à la suite de laquelle la détente sera plus complète, et *le retour d'une crise ultérieure bien plus éloigné qu'à la suite d'une crise spontanée.*

Si la crise prévue se faisait attendre, si même elle devait manquer, ce qui arrive quelquefois, prolongez la séance de faradisation utérine ; portez-la à 5 ou 6 minutes : il arrivera le plus souvent alors que vous aurez eu le bénéfice de la crise sans la crise, une détente sans convulsions et sans larmes.

La crise convulsive des hystériques doit donc être comprise comme l'effort réactionnel de ce qu'on a appelé la « nature médicatrice ». Aussi suis-je peu partisan d'en combattre la menace

par les antispasmodiques, qui ne font que la retarder ou l'atténuer à peine sans en procurer les bénéfices. C'est pendant les périodes de calme que je soumets volontiers les hystériques à un entraînement antispasmodique; mais dès que j'entrevois une crise imminente, ou simplement possible, je tâche de l'obtenir, ou au moins d'utiliser l'action sédative secondaire que l'expérience m'a montrée exercée par la faradisation utérine.

A l'occasion des paralysies de la sensibilité, je vous avais déjà indiqué cette moralité de la crise convulsive, soupçonnée je crois par Briquet, et je me demandais si Briquet n'avait pas, en essayant autrefois la « confrication vulvaire », espéré pouvoir atteindre le but de la crise pathologique en lui substituant un spasme physiologique. Cette vue n'était-elle pas fondée, au moins en partie? — Quelque peu disposé que je sois à m'y rallier d'une manière générale, quelque convaincu que je sois que les déductions pratiques qu'elle comporterait seraient, dans la très grande majorité des cas, une source d'accidents, cette opinion est de celles que je ne voudrais pas juger aujourd'hui au point de vue spéculatif. Je me contenterai d'appeler votre attention sur la question théorique qu'elle soulève, question sinon trop neuve, du moins trop délicate à trancher sur les données que peut nous fournir une observation difficile, et sur laquelle je ne saurais formuler actuellement de conclusions suffisamment motivées.

Je crois cependant que la crise vénérienne partage avec la crise convulsive le défaut de ne conjurer nullement, bien au contraire, l'éventualité d'une crise ultérieure; que même, au moins d'une manière générale, elle ne saurait lui être substituée comme un moyen équivalent d'obtenir la détente. Ces

réserves posées, j'admets que, dans des cas aujourd'hui exceptionnels dont la caractéristique pourra sans doute être fournie quand on aura poussé plus avant l'étude des lésions de la sensibilité générale, il peut en être autrement ; et que, si Briquet s'est trompé, cela a été en se laissant aller un instant à tirer des conclusions générales de faits qui n'en comportaient que de particulières. Il est des cas, en effet, — que je crois rares, mais qu'un observateur opérant dans des milieux choisis pourra trouver communs, absolument ou relativement, — où le spasme vénérien vrai a une valeur critique que n'a pas la crise convulsive spontanée. Je me rappelle un cas de cet ordre où j'ai eu maintes fois recours contre les crises imminentes à la faradisation utérine sans en retirer les bénéfices habituels ; les crises convulsives spontanées, lentes à s'établir et fort longues, n'étaient pas suivies d'une détente bien nette ; à la condition d'aboutir au spasme vénérien, le rapprochement sexuel, au contraire, jugeait assez bien la situation.

La *charge hystérique*, — je vous demanderai de donner ce nom à la tension nerveuse que juge la crise, — paraît donc n'être pas de localisation toujours identique, puisqu'elle peut être jugée par des phénomènes spasmodiques différents. Nous venons de voir cette situation jugée par la crise classique dans l'immmense majorité des cas. Dans des cas que je crois rares, au moins relativement, ma conviction est qu'elle peut être jugée par l'orgasme vénérien *légitime*, — j'appelle ainsi celui qui est déterminé par un rapprochement sexuel efficace, par opposition avec le rapprochement sexuel sans résultat et avec la provocation artificielle d'un orgasme incomplet. Je vous ai dit, à l'occasion des tentatives renouvelées par Briquet, que je

ne croyais à ce dernier qu'une valeur critique très restreinte.

Il est un autre cas, que je crois plus rare encore, mais dont j'ai cependant vu quelques exemples, où la charge hystérique se juge par une crise vénérienne spontanée : la détente se produit encore par une crise convulsive, mais cette crise n'est autre que le spasme vénérien lui-même, ou un spasme assez voisin pour être confondu avec lui. Ce genre de crise se produit surtout pendant le sommeil; mais on le rencontre aussi à l'état de veille; dans ce cas, il est facilité par le décubitus dorsal. Il semble particulièrement pénible, et m'a paru plus redouté que n'est d'ordinaire la crise habituelle.

Les causes déterminantes de cette crise vénérienne spontanée m'ont paru les mêmes que celles de la crise classique : une émotion pénible ou joyeuse, une surprise, la fatigue physique. Je ne saurais dire quel rôle joue, dans ses causes prédisposantes, la continence ou la satisfaction de l'appétit vénérien. Je ne saurais dire davantage aujourd'hui ce que devient l'appétit vénérien chez ces malades; celles que j'ai eu à observer étaient honteuses de leur état, et particulièrement difficiles à questionner à cet endroit. Dans un cas où j'ai pu être renseigné, cet appétit, ou plutôt le pouvoir de le satisfaire, faisait défaut; l'orgasme que j'ai appelé légitime n'avait jamais existé.

Obs. LXXXII. — Chez une jeune femme, le spasme spontané nocturne existait avant le mariage, qui avait eu lieu vers trente ans. Il avait cessé pendant les premières années de celui-ci, pour reparaître lors d'un veuvage prématuré. Les prodromes de la crise étaient de localisation bulbaire : anhélation, palpitations, oppression. Deux couches ; retrait incomplet de l'utérus. La galvanisation continue polaire positive de la nuque parut donner rapidement des résultats très satisfaisants; mais je ne saurais me prononcer nettement sur sa valeur, car la malade fut soumise en même temps à la faradisation utérine d'abord, aux injections intra-utérines iodurées ensuite,

la faradisation n'ayant amené qu'un retrait très incomplet de l'utérus.

Obs. LXXXIII. — Dans un autre cas, chez une très jeune femme ayant eu deux couches, les prodromes étaient les mêmes; les phénomènes spasmodiques spontanés ne paraissaient pas reconnaître pour cause la continence. Ils se produisaient le jour aussi bien que la nuit, mais plus facilement dans la position horizontale, sous l'influence d'une perturbation morale ou physique quelconque. Leur apparition datait de la seconde couche, dont les suites auraient été difficiles (péritonite puerpérale ?)

Galvanisation continue ascendante de la région rachidienne. Amélioration rapide et très marquée. Cessation du traitement. Rechute au bout d'un an, après une troisième couche. Les trois grossesses ont été particulièrement pénibles en raison des vomissements. La galvanisation rachidienne ascendante a eu de nouveau raison très rapidement des crises spasmodiques.

L'orgasme spontané constituerait donc une nouvelle forme de crise hystérique.

Les deux observations qui précèdent porteraient à rattacher cette forme à des localisations bulbaires de la *charge* ; mais j'ai vu d'autres cas dans lesquels il n'en était pas ainsi : ces cas appartenaient surtout à des formes hypochondriaques.

Il n'est pas toujours facile de se renseigner sur l'état de l'appétit vénérien ou de l'aptitude au spasme légitime chez les malades dont il est ici question. Je crois cette aptitude fort amoindrie ou absente chez les hypochondriaques; elle avait toujours fait défaut chez l'une d'elles que j'eus l'occasion d'observer vers l'âge de 50 ans.

L'existence de ces cas, où l'orgasme spontané a une valeur critique, paraît tout d'abord légitimer les inductions de Briquet ou celles que je lui ai prêtées au sujet de la « confrication vulvaire. » Je ne crois pas qu'on doive s'arrêter à cette idée. Une

raison pratique de la repousser est la situation pénible que laissent après elles ces sortes de crises, qui ne jugent un malaise que pour faire place à un pire. La thèse ne me paraît pas meilleure en théorie. Rappelez-vous la distinction que j'ai faite, dans une précédente leçon, entre le spasme clitoridien et le spasme ovarien : leur concours me paraît indispensable pour réaliser les conditions de la crise vénérienne, critique aussi bien que physiologique ; or ce concours n'est pas réalisé par la pratique que je repousse ici d'après des vues théoriques après que l'expérience l'a fait condamner.

Enfin, je n'abandonnerai pas la question de l'intervention de la faradisation utérine dans l'hystérie, sans vous signaler son utilisation possible chez les malades qui y sont soumises, en vue du diagnostic de quelques éléments de l'hystérie que nous ne savons encore interpréter.

Lorsque je vous ai parlé avec quelques détails de la faradisation utérine, à l'occasion de la cure des engorgements et des déviations, je m'en suis tenu aux procédés opératoires et aux effets généraux d'observation constante ou à peu près constante qui pouvaient servir à les régler. Ce n'est que lorsque ces questions de durée des séances, d'effets immédiats, de conditions de douleur plus ou moins marquée, etc., étaient pour moi résolues depuis longtemps déja, que des confidences de malades attirèrent mon attention sur un autre effet de l'opération : son influence possible sur la sensibilité ou sur les sensibilités génitales.

Pour presque toutes les malades qui me firent des confidences à ce sujet, l'appétit vénérien, ou l'aptitude au spasme, peut-être les deux, étaient immédiatement supprimés ou très amoindris par la faradisation utérine. Cette sorte d'anesthésie devait durer

souvent plusieurs heures ; on m'a plusieurs fois dit qu'elle avait complètement cessé au bout de 24 heures.

Je serais fort embarrassé, n'ayant pas fait d'enquête sur ce point, mais ayant simplement recueilli les témoignages quand ils se sont offerts, de dire si le cas est très commun et quels sont les écarts de durée de la frigidité. Dans d'autres cas, aucun phénomène de cet ordre ne fut noté, et cela devait être, étant donnée la fréquence des anesthésies génitales. Chez une de ces anesthésiques partielles, l'indifférence sensorielle devenait plus complète après la faradisation, mais l'anesthésie était, le lendemain, moindre que d'habitude. Dans deux cas, enfin, des malades qu'on n'eût pu que difficilement qualifier hystériques accusaient la faradisation d'éveiller aussitôt chez elles des désirs vénériens. De quelle nature étaient ces désirs? cérébraux ou spinaux? avec ou sans aptitude au spasme? très passagers ou un peu persistants? — Toutes ces questions sont pour moi sans réponses. L'une de ces malades devait, quelques années après que je l'observai, succomber, démente, à une encéphalopathie syphilitique.

Je n'appuierai pas davantage sur les points d'interrogation que je viens de poser; mon but était seulement d'appeler votre attention sur la possibilité d'arriver à se renseigner sur les modalités différentes de symptômes d'origine ou de localisation génitale. Il n'est pas douteux que la thérapeutique arrive à tirer profit des enseignements de cet ordre le jour où ils offriront quelque netteté.

Certains actes de la crise convulsive hystérique, la strangulation et l'anhélation notamment, accusent des localisations bul-

baires. La même localisation se retrouve, avec un processus différent, dans la *toux hystérique*.

Ce symptôme a été de la part de Lasègue (*Actes de la Société des hôpitaux*, 1858) l'objet d'une étude demeurée classique, à laquelle je ne puis mieux faire que vous renvoyer pour la partie descriptive de cette affection quelquefois singulière et pour la revue des moyens thérapeutiques dirigés contre elle, moyens dont un seul se montrerait vraiment efficace : le déplacement.

Il est toutefois une proposition émise dans le mémoire de Lasègeu, à l'endroit de laquelle je ferai quelques réserves. L'auteur y présente *la* toux hystérique comme reconnaissable surtout à ce qu'elle cesserait complètement pendant le sommeil et n'empêcherait jamais les malades de dormir; ce caractère serait nécessaire et suffisant pour prononcer sur la nature de l'affection en observation. Il existe, en effet, *une* toux qui répond exactement à ce signalement; mais il en existe aussi d'autres, qu'on rencontre indépendantes de toute lésion thoracique, au moins de toute lésion durable, chez les hystériques, toux qui cèdent à une thérapeutique dirigée contre les symptômes utérins, et qu'on peut considérer comme hystériques à aussi bon droit que celle de Lasègue. Il existe donc *des* toux hystériques, celle décrite par Lasègue et les autres; ces dernières m'ont paru les plus nombreuses.

Je n'ai rencontré la toux hystérique de Lasègue, cessant complètement pendant le sommeil, que dans des consultations où je n'ai pas cherché à faire prévaloir, à l'endroit du traitement, des opinions que je n'avais pas eu l'occasion de vérifier dans ma pratique personnelle. A défaut d'indications fournies par l'appareil génital, j'y essaierais tout d'abord la galvanisation continue ascendante des pneumogastriques, qui m'a donné de

bons résultats dans des toux hystériques vulgaires, ou, si vous l'aimez mieux, dans des toux nerveuses chez les hystériques.

Cette *toux nerveuse chez les hystériques* les empêche donc souvent de dormir en les réveillant très fréquemment; elle s'accompagne quelquefois d'hémoptysies, et est surtout intéressante en raison des erreurs de diagnostic auxquelles elle donne lieu le plus ordinairement. Vous verrez déclarer phtisiques la plupart de ces malades, chez lesquelles le pronostic doit être en réalité favorable. Ces cas sont communs; j'ai eu à en traiter un certain nombre; la faradisation utérine m'y a souvent donné seule des succès rapides; la galvanisation ascendante des pneumogastriques, — le plus souvent du droit, — y réussit aussi, avec des rechutes seulement plus faciles; je crois, enfin, qu'il est des cas où la toux, existant en même temps qu'une affection utérine non justiciable de l'électricité, pourra céder au traitement quelconque qui aura raison de cette affection.

En affirmant tout à l'heure la bénignité du pronostic des toux nerveuses chez les hystériques, — permettez-moi de dire des *toux hystériques,* — je ne voudrais pas vous avoir préparé des mécomptes pratiques; la proposition comporte des explications dans lesquelles je dois entrer.

Une jeune femme se présente dans votre cabinet avec une petite toux sèche, par quintes courtes et très fréquentes; elle dort ou ne dort pas, auquel dernier cas elle présente un certain dégré d'émaciation; elle n'a pas d'hémoptysies, ou bien elle en a eu et en a encore; enfin, elle est plus ou moins aménorrhéique. Les questions faites en vue de justifier ou d'infirmer vos soupçons à l'endroit de la phtisie n'amènent que des

réponses négatives, ou obscures, ou contradictoires. Vous examinez d'abord la poitrine : elle offre quelquefois un certain degré de matité ; le murmure vésiculaire est en partie éteint, moins ample, un peu rude ; quelques râles à très grosses bulles se font entendre et en imposent quelquefois pour des craquements. En diagnostiquant la phtisie, doivent se dire bien des praticiens, j'ai huit ou neuf chances sur dix de tomber juste ; et cette raison doit les décider, car toutes ces malades ont été déclarées phtisiques par un ou plusieurs médecins. Et votre malade n'est pas phtisique ; c'est une hystérique arthritique qui a peut-être de la congestion pulmonaire, mais qui guérira très bien à la suite d'un voyage dans un pays de montagnes, ou quand une cure hydro-minérale convenable aura fait cesser son aménorrhée, quelquefois enfin pendant une grossesse.

C'est là, Messieurs, un cas qui se présente souvent et sur lequel il est arrivé aux plus éminents cliniciens de se tromper. Une erreur de cet ordre de Skoda, un maître cependant en auscultation, est restée célèbre : une aménorrhéique très en évidence avait, sur ses conseils, vainement promené pendant des années de Madère à Corfou une « phtisie » qui guérit tout à coup à la suite d'une saison à une station ferrugineuse qui produisit un effet emménagogue. Vous nous avez vu plusieurs fois ici ajourner tant que nous le pouvions le diagnostic du cancer de l'utérus ; essayez de faire de même pour la phtisie : les bonnes raisons vous manqueront d'autant moins pour mettre votre amour-propre à l'abri que la vérité n'a pas à être cachée. Réservez donc un pronostic auquel il sera toujours temps de revenir ; essayez de vous tromper vous-même : on ne guérit guère que les malades à la guérison desquels on croit.

La phtisie au début se diagnostique en général trop légèrement. Les signes qu'en donne l'exploration physique de la poitrine lui appartiennent sans doute; mais on n'enseigne pas assez à l'École qu'ils n'appartiennent pas à elle seule; qu'une congestion pulmonaire sans gravité, au moins sans gravité prochaine, peut diminuer la sonorité à la percussion comme le feraient des tubercules; que l'habitude de tousser donne de la rudesse au bruit respiratoire; qu'elle peut aider à la production d'une sécrétion visqueuse dont les déplacements peuvent imiter ou à peu près certains craquements; que l'expiration prolongée peut reconnaître des causes variées; que ces signes tout d'une pièce à signification impitoyable sont plus faits pour les commodités de l'enseignement et l'uniformité des examens que pour répondre exactement aux mille nuances de la clinique. Les signes stethoscopiques sont des effets physiques de conditions multiples; il n'y a lieu d'attacher à aucun d'eux une signification pathologique immuable. On n'est pas quitte avec eux quand on les a constatés; il reste au clinicien à les interpréter. Cette dernière indication, à laquelle répond la partie la plus délicate et la plus importante de notre tâche, a été à peu près perdue de vue par la plupart des spécialistes de l'auscultation qui furent nos maîtres; de là la fréquence de l'erreur de diagnostic que je vous signale ici, erreur qui se commet tous les jours chez les hystériques qui toussent.

Quand donc nous nous trouverons en présence d'une tousseuse qui n'est pas très évidemment phtisique, inquiétons-nous de l'appareil génital; et, si nous y trouvons une raison d'agir, saisissons-la avec empressement. Je vous ai dit, il y a quelques leçons, que l'aménorrhée des phtisiques était un symptôme qui méritait d'être traité; je vous promets aujour-

d'hui d'heureuses surprises si vous vous faites de cette conduite une règle absolue.

D'anciennes observations me fournissent des exemples de toux hystériques guéries par la faradisation utérine *seule;* c'est à ce dernier titre que je vous en rappellerai quelques-unes. Je vous ai dit m'être bien trouvé depuis de la galvanisation ascendante des pneumogastriques, surtout du droit; j'y avais été conduit par les excellents effets de cette pratique contre les quintes de toux et les vomissements de la coqueluche. Mais c'est un procédé auquel je n'ai volontiers recours qu'en l'absence d'indications fournies par l'appareil génital, indications qui existaient dans les cas suivants :

Obs. LXXXIV. — *Toux nerveuse. — Dysménorrhée. — Faradisation utérine. — Guérison.*

Janvier 1860. Mlle R.., dix-neuf ans, assez vigoureuse, est tourmentée depuis trois ans par une toux continuelle qui ne s'interrompt même pas la nuit et la fatigue surtout en raison de la privation de sommeil qui en est la conséquence. Rien d'anormal à l'auscultation.

La menstruation ayant toujours été peu abondante et douloureuse, je me demande s'il ne s'agit pas d'une toux nerveuse qui serait sous la dépendance de l'état de l'utérus.

Dans les dix jours qui précèdent le retour présumé des règles, je dirige trois fois, pendant dix minutes chaque fois, des courants d'induction de tension moyenne et d'énergie croissante du sacrum à l'hypogastre. La menstruation est moins douloureuse, toujours peu abondante. Diminution légère de la toux.

Je recommence le mois suivant. Les règles viennent, toujours peu abondantes, mais la toux cesse complètement.

La malade s'est enrhumée quelques jours après; mais ce rhume n'a duré qu'une semaine. Elle n'est pas revenue le troisième mois, quoique j'eusse été d'avis de ne pas cesser la faradisation avant l'établissement d'une menstruation normale.

En avril 1863, la malade va toujours très bien; les règles sont encore peu abondantes.

Obs. LXXXV. — *Toux nerveuse. — Faradisation utérine. — Guérison de la toux malgré la persistance des lésions utérines.*

Mme X., vingt-six ans, bonne constitution, mais fatiguée, est tourmentée par une toux presque continuelle, qui la gêne surtout par la privation de sommeil qu'elle occasionne.

Il y a six mois, une couche fut suivie d'accidents auxquels on opposa une application de soixante sangsues sur l'abdomen, puis un large vésicatoire ; ces accidents nécessitèrent un séjour au lit de trois mois, pendant lesquels la toux cessa.

Aujourd'hui, 17 janvier 1862, les règles se retrouvent à peine dans la coloration rosée que prend périodiquement un écoulement leucorrhéique abondant. Pas de constipation.

L'utérus est en antéversion presque horizontale, sans abaissement ; rien dans les tissus péri-utérins; pas de douleurs pelviennes. Le col, rouge et volumineux, est le siège d'une ulcération granuleuse. Catarrhe muco-purulent.

17 janvier. Faradisation lombo-sus-pubienne.

20 janvier. Règles un peu plus abondantes qu'à l'ordinaire ; durent cinq jours.

27 janvier. L'hypochondre droit est douloureux. Faradisation recto-abdominale avec excitateur humide placé au niveau du point douloureux.

31 janvier. Tousse beaucoup moins; dort mieux. Faradisation recto-abdominale.

3 février. Faradisation recto-abdominale.

7 février. Ne tousse plus ; dort tout à fait bien. Faradisation recto-abdominale.

Règles le 18 février; durent cinq jours, assez abondantes, précédées de douleurs lombaires.

Règles suivantes le 18 mars; durent quatre jours; abondance moyenne; un peu douloureuses.

La toux n'a pas reparu, bien que la gêne causée par le catarrhe utérin, le déplacement et l'engorgement aient amené plus tard d'autres accidents qui m'ont fourni l'occasion de voir Mme X. jusque pendant l'été de 1863.

En mars 1863, l'antéversion persistait, et l'engorgement se compliquait d'abaissement ; catarrhe cervical abondant ; algie sciatique.

6 mars. Faradisation recto-utérine. Guérison de la sciatique; amélioration du catarrhe cervical.

En avril, coliques hépatiques et fièvre intermittente qui cédèrent aux préparations de chardon-marie et au sulfafe de quinine.

Ici serait encore à sa place une observation que je vous ai déjà donnée à l'occasion des hémorrhagies (obs. LXIX p. 267). Il s'agissait d'un cas de toux hystérique compliquée d'abondantes hémoptysies chez une malade tenue pour phtisique depuis cinq ans, qui guérit vite, et se portait toujours parfaitement onze ans plus tard.

Dans mes notes plus récentes, se trouve un cas intéressant à rapprocher de ceux qui précèdent, cas que j'aurai à vous rappeler à l'occasion de la thérapeutique générale de l'hystérie. Ici, la toux se montra rebelle à la faradisation utérine, mais elle a déjà cédé en grande partie et progressivement au traitement chimique d'un fibrome.

Il me semble, après ces observations, impossible de ne pas admettre que, dans certaines conditions défectueuses de l'innervation bulbaire au moins, des réflexes à point de départ utérin puissent exercer sur les conditions de production de la toux une influence considérable.

Cette influence n'est pas plus niable pour les vomissements. Ceux du début de la grossesse en témoignent suffisamment. Mais les vomissements du début de la grossesse ne sont pas les seuls à reconnaître un point de départ utérin ; et le développement des tumeurs quelconques de la matrice en est souvent accompagné.

Ici j'appuierai peu sur le témoignage de la contre-épreuve thérapeutique. Vous avez pu voir dans plusieurs observations qui vous ont été rapportées, des vomissements habituels céder assez vite à la suite de faradisations utérines. Mais ces vomisse-

ments n'avaient pas la gravité d'allures de ceux qu'on déclare incoercibles; et je n'ai pas eu l'occasion d'appliquer le moyen à ces derniers.

Après avoir passé en revue les symptômes de l'hystérie, après les avoir analysés dans la mesure que me paraissaient comporter actuellement les données fournies par la physiologie, il me reste à tenir compte d'un facteur de leur production que je ne puis guère que vous signaler sans prétendre faire sa part avec quelque exactitude : je veux parler de l'*état général du sujet*, envisagé au point de vue des formes qu'on a présentées sous les noms de constitutions, de tempéraments, de diathèses.

On a bien signalé le « tempérament nerveux » comme une condition prédisposante de l'hystérie ; cela n'a rien qui doive nous surprendre, alors que nous venons de voir la place que tiennent les infirmités d'ordre nerveux dans le mécanisme et dans la localisation des phénomènes hystériques. Il est à désirer toutefois, avant de faire intervenir cette donnée générale du tempérament, qu'on soit mieux ou autrement fixé qu'on ne l'a été jusqu'ici sur les attributs de ce qu'il est permis d'appeler le tempérament nerveux. Les progrès réalisés depuis une vingtaine d'années dans l'étude des dyscrasies constitutionnelles sont en voie de modifier nos impressions à l'endroit de la notion de tempérament, et nous conduiront à y faire distinctes les parts de la physiologie et de la pathologie qui s'y sont trouvées jusqu'à nos jours quelque peu confondues.

C'est encore pour mémoire que je vous signalerai l'intervention des états diathésiques. Cet ordre de considérations figure depuis trop peu de temps dans mon plan d'étude de l'hystérie pour que j'en aie pu tirer aucune vue systématique. Nous ver-

rons d'ailleurs, dans une prochaine leçon, quelles difficultés comporte cette étude.

Il n'en est plus de même de deux états généraux, d'un caractère moins permanent, plus aisément modifiables, et dont l'influence m'avait frappé depuis longtemps : je veux parler de l'*anémie* de quantité et de la *chlorose*. Déjà, en 1870, je signalais l'anémie comme prédisposant aux formes algiques de l'hystérie, et la chlorose aux formes convulsives.

Le contrôle thérapeutique n'offre, au point de vue des manifestations douloureuses, aucun intérêt dogmatique : tous les moyens sédatifs aussi bien que révulsifs ont plus ou moins facilement raison des phénomènes douloureux ; si l'on en écarte les narcotiques, tous ont, par contre-coup, une heureuse influence sur l'état général.

Le cas de la chlorose est plus instructif. A cet état, on n'avait guère, jusqu'à mes tentatives, opposé que les ferrugineux. Si je leur ai substitué la faradisation, tant utérine que généralisée, ce n'est pas que je méconnaisse l'heureuse influence que les ferrugineux exercent parfois sur la chlorose, mais parce que leur administration me paraît comporter, sous quelque forme qu'on les donne, des inconvénients qui le plus souvent en compensent et au delà les avantages. Depuis surtout qu'on les prescrit dans toutes les formes d'anémies, aussi bien dans les anémies de quantité que dans celles de qualité, les ferrugineux sont devenus biens moins le médicament souvent utile que nous les avons connus il y a trente ou trente-cinq ans qu'une cause courante de dyspepsies gastralgiques.

Je n'adresserai pas les mêmes reproches à l'hydrothérapie, que j'ai vue souvent, bien maniée, exercer la plus heureuse

influence sur la chlorose. Cette influence est loin toutefois d'être aussi constante que celle de la faradisation, et dans les cas même les plus favorables, les résultats en sont moins prompts. Ce résultat ne vous surprendra pas, car vous connaissez l'influence de la faradisation, — je pourrais dire de tous les procédés d'électrisation, — sur l'aménorrhée. Or celle-ci est, cause ou effet, la condition qui domine la pathogénie et l'entretien de la chlorose.

Il n'est pas de praticien ayant manié peu ou beaucoup l'électricité qui n'ait eu à noter les succès que donne son emploi dans la chlorose. Les cas de ce genre qu'il m'a été donné d'observer sont aujourd'hui extrêmement nombreux, et dans aucune affection les résultats favorables ne se sont produits avec une pareille constance. Bien que dans les deux cas suivants la disposition générale spasmodique n'ait été que très peu accusée, je vous les donne comme observations de chlorose poursuivies pendant un temps assez long.

Obs. LXXXVI. — *Chlorose et névralgies. — Antéversion et engorgement utérins. — Séances de faradisation en trop petit nombre. — Amélioration.*

En août 1858, Mme R..., âgée de vingt ans environ, eut vers la fin d'une grossesse des métrorrhagies assez abondantes. Lorsque je fus appelé, l'écoulement du sang était arrêté ; le travail venait de commencer. Douze heures après, je terminai l'accouchement par une application de forceps que rendaient nécessaire l'absence des contractions et l'arrêt du fœtus au-dessus de la vulve. Le placenta fut amené une demi-heure plus tard. La quantité de sang perdue pendant et après les manœuvres ne fut pas considérable ; mais la malade était très affaiblie par les hémorrhagies antérieures.

Ce n'est qu'en novembre 1860 que je revis Mme R... ; son état était alors le suivant :

Chlorose sans anémie ; souffle cardiaque et carotidien ; palpitations fréquentes et douloureuses par élancements ; algie dorso-inter-

costale droite ; impossibilité de se baisser sans éprouver une sensation qui fait croire à l'issue de l'utérus par la vulve; leucorrhée abondante; règles extrêmement copieuses et revenant à des intervalles très rapprochés (3 et 26 juillet, 19 août et 10 septembre, 2, 14 et 31 octobre); utérus pesant et volumineux; antéversion et antéflexion peu considérables.

Les 8, 12 et 15 novembre, faradisation de la face postérieure de l'utérus par des courants induits de haute tension. Les règles reviennent le 26 novembre seulement. Le sang, au dire de la malade, est plus rouge, mais toujours abondant. M[me] R... peut sans difficulté ramasser une épingle à terre.

Le 13 décembre, quatrième séance.

Les règles reviennent le 21 ; elles sont beaucoup moins abondantes ; leur établissement a encore été douloureux.

Depuis un mois bientôt l'algie intercostale a disparu ; les palpitations sont plus rares et non douloureuses ; le teint est meilleur, les chairs plus fermes.

Le 12 février 1861, cinquième séance. Les règles avaient paru le 12 janvier et le 3 février, assez abondantes encore, mais sans causer de douleurs.

Allait bien en 1866. Rechute en 1869, sur les détails de laquelle je n'ai pas eu de renseignements.

Variole confluente en 1870. Allait très bien en 1881, malgré l'existence d'un fibrome interstitiel assez volumineux qui commençait à se manifester par des hémorrhagies.

Obs. — LXXXVII. — *Chlorose. — Accidents cardiaques. — Vomissements habituels. — Aménorrhée. — Faradisations rares. — Amélioration. — retour de l'aménorrhée. — Reprise du traitement et cessation des accidents.*

M[lle] M. G... a été prise, vers l'âge de douze ans, de vomissements incoercibles revenant un grand nombre de fois dans la journée.

L'établissement de la menstruation, qui eut lieu vers l'âge de treize ans, ne parut modifier en rien cette affection, à laquelle on avait opposé vainement l'administration prolongée des ferrugineux, de la vératrine, de la digitale, les vésicatoires sur l'épigastre. Après avoir tourmenté la malade pendant deux ans, ces vomissements cessèrent spontanément. La menstruation, qui avait toujours été très peu abondante, resta douloureuse.

J'examinai une fois M[lle] G... en 1857 ; elle vomissait alors tous ses

aliments depuis près d'un an ; elle souffrait en même temps de violentes palpitations. Je constatai alors un bruit de souffle au second temps, à la pointe, bruit anormal parfaitement net, qu'à ma grande surprise je ne retrouvai plus en 1860.

En 1860, la malade ayant vingt ans, les vomissements reparurent. Le toucher n'indiquait rien d'anormal dans la situation de l'utérus qui était seulement très petit. La menstruation étant toujours difficile et peu abondante, je fis passer deux fois, dans la semaine qui précédait l'apparition des règles, des courants d'induction de l'hypogastre au rectum. Les règles ne furent pas sensiblement plus abondantes, mais un peu moins douloureuses. Les vomissements disparurent.

Mars 1861. Retour de l'aménorrhée. Deux nouvelles séances de faradisation procurent, pour une fois seulement, des règles un peu plus copieuses.

Juin 1861. Deux séances de faradisation lombo-sus-pubienne font cesser les symptômes gastralgiques et des migraines. Augmentation de la menstruation suivante.

Novembre 1861. Règles redevenues presque nulles, incolores, d'un établissement extrêmement douloureux; mais les migraines n'ont pas reparu. Une séance de faradisation lombo-sus-pubienne en novembre et deux en décembre. Les règles ne deviennent pas beaucoup plus abondantes, mais elles arrivent sans douleurs.

Janvier 1862. Toujours aménorrhée. Retour des palpitations. Six séances de faradisation lombo-sus-pubienne. Amélioration qui se soutient tout près d'un an.

Trois nouvelles séances en décembre 1862. En avril 1863, Mlle G... est toujours à peine réglée; mais son état général s'est maintenu satisfaisant depuis un temps fort long, si on le compare à la durée des périodes de calme relatif qu'avait autrefois la malade.

Persistance de l'amélioration en décembre.

Je n'ai pas besoin d'insister sur l'insuffisance et sur l'irrégularité du traitement suivi.

En 1868, Mlle G..., qui est restée à peine réglée, est devenue obèse, quoique assez bien portante ; elle vient me consulter, se croyant enceinte de trois mois : l'aménorrhée devenue complète et l'augmentation de volume du ventre lui avaient fait croire à une grossesse.

Je la renvoyai, lui disant qu'elle n'était pas enceinte, ce qui l'effraya; et je ne la revis plus que lorsqu'au bout du dixième mois (mai 1869), on vint me chercher pour l'accoucher. Outre le développement du ventre, des douleurs hypogastriques et lombaires et l'expul-

sion de glaires sanguinolents avaient confirmé la malade dans l'idée d'une grossesse. Une consultation fut nécessaire pour l'en faire revenir. Le volume de l'utérus était resté normal, le col dur et fermé.

Le lendemain nous revînmes aux séances de faradisation abdomino-utérine, qui amenèrent une chute rapide du ventre, et, au bout de trois semaines, le retour des règles qui n'ont pas manqué depuis, toujours peu abondantes.

Depuis le premier retour des règles, la faradisation a été négligée à tort.

Cependant l'état général s'est maintenu très satisfaisant ; et Mlle G.... a eu, en 1877, à l'âge de 37 ans, une première grossesse, réelle cette fois, terminée par une couche heureuse.

La fréquence de l'hystérie chez les chlorotiques, fréquence plus grande que dans aucun autre état général, constitue encore, étant donnée l'influence si marquée du fonctionnement de l'utérus sur la production de la chlorose et sur sa cessation, un fait à l'appui de la thèse qui tendrait à rattacher surtout l'hystérie aux conditions fonctionnelles de l'appareil génital.

Mais c'est là un point sur lequel je ne veux pas appuyer aujourd'hui : c'est dans la prochaine leçon que nous aurons à nous demander quelle conclusion pathogénique générale peut être tirée de l'analyse que nous avons successivement tentée des divers ordres de symptômes présentés par les hystériques, et quelle conduite thérapeutique doit découler de cette conclusion.

SEIZIÈME LEÇON

Hystérie. Nature et traitement

SOMMAIRE : Pathogénie générale de l'hystérie. — Rôles de l'utérus et des centres nerveux.

Thérapeutique de l'hystérie. — Indications fournies par l'utérus. — Indications en rapport avec les symptômes, avec l'état des fonctions digestives, avec les conditions diathésiques. — Les antispasmodiques. — L'hydrothérapie. — L'électricité : d'induction, statique, voltaïque.

Messieurs,

La solution que comportera la question des rapports entre l'hystérie et certaines hystéropathies, — je ne dis pas *et les* hystéropathies, — décidera en grande partie de notre conduite thérapeutique; aussi me permettrez-vous de vous rappeler en quelques mots comment elle a été posée.

Deux arguments contraires à l'admission de cette corrélation ont été mis en avant. Le premier, fondé sur l'existence d'un état névropathique pouvant être primitif, et paraissant indépendant de toute lésion, ou du moins de toute affection criarde de l'utérus; le second, sur l'absence de cet état névropathique dans des cas où existent des lésions utérines évidentes, — sur sa rareté notamment dans le cancer et dans les phlegmasies endo et péri-utérines.

A ce second argument, fondé sur le peu de retentissement des affections utérines les plus évidentes, j'ai répondu en établissant une sorte d'incapacité des nerfs sensitifs à remplir

plusieurs rôles à la fois: les affections utérines prises comme exemples sont douloureuses, et, par cela même, rien que douloureuses; tant qu'il en sera ainsi, elles seront une faible source de phénomènes réflexes, ou du moins de réflexes autres que ceux, passagers, que détermine une impression douloureuse. Il n'en est pas de même des hystéropathies habituellement indolores: l'utérus agit alors comme une sorte de corps étranger suspendu à un réseau sensitif qu'il irrite sourdement, lentement mais d'une manière continue, créant au centre nerveux un état d'irritabilité réflexe dans lequel consiste en grande partie l'hystérie. Et c'est par ce mécanisme physiologique, un peu obscur ici, très clair dans des cas analogues, que j'ai répondu au premier argument, à celui fondé sur ce que les états névropathiques de l'hystérie seraient le plus souvent isolés ou primitifs. On les considère comme tels parce que les états pathologiques avec lesquels je les crois en rapport sont, en dehors peut-être de l'aménorrhée, de ceux dont on ne fait pas ou dont on ne fait que très exceptionnellement le diagnostic : des engorgements, des fibromes au début, des flexions encore indolores.

Laissant réservé le cas de l'hystéro-épilepsie, et n'envisageant ici que l'hystérie classique, déjà bien « ondoyante et diverse » avec son cortège si variable de phénomènes convulsifs, hyperismiques et paralytiques, nous voyons une névropathie ou des névropathies secondaires, préparées tantôt plus vite et tantôt plus lentement par des affections organiques ou fonctionnelles de l'appareil génital. Qu'on remonte aux symptômes nerveux de cette singulière maladie : tous peuvent fort bien s'expliquer par l'intervention d'une cause banale quelconque sur un centre nerveux dont l'irritabilité réflexe se trouve su-

rexcitée par quelque paralysie qu'auront préparée des transmissions centripètes inconscientes, — comme il arrive dans l'expérience de Cl. Bernard où l'empoisonnement par la strychnine se produit et se généralise à la suite de l'action du toxique sur la substance nerveuse périphérique, indépendamment de la circulation, par une sorte d'ébranlement qui se propagerait de proche en proche dans un nerf sensitif paralysé.

En vous montrant, dans nombre de cas, les bons effets de la faradisation utérine contre des symptômes qui pourraient sembler n'avoir avec les lésions utérines constatées aucun rapport nécessaire, je vous présentais quelque chose comme un argument en faveur de ce mécanisme de l'établissement d'une névropathie centrale par des sollicitations périphériques tacites, mais persistantes.

L'argument, je ne vous l'ai pas caché, ne me satisfaisait qu'à moitié : je me défiais de la tendance à exagérer la portée d'un rapport de causalité que j'étais cependant disposé à admettre. Les résultats thérapeutiques comportant plusieurs explications ne sauraient être probants : la faradisation avait pu agir autrement qu'en modifiant l'état de l'utérus, et affecter le centre nerveux par l'appareil sensitif utérin, ou même par des voies centripètes détournées. J'admettais même que l'action sur les nerfs centripètes de l'appareil génital devait être prépondérante.

L'observation suivante tendrait à restituer de son importance à la réparation de la lésion utérine.

Obs. LXXXVIII. — Mme P., quarante-cinq ans, a été de tout temps une « femme nerveuse ». Jeune, elle a eu deux enfants, qui sont morts de méningite à six et sept ans.

Il y a six ans environ, l'entourage de M[me] P. s'inquiéta de lui voir une toux presque continuelle ; le sommeil était devenu impossible ; l'appétit avait complètement disparu. Les efforts d'alimentation, même très peu copieuse, étaient suivis de vomissements, d'indigestions, de gastralgie. Quelques hémoptysies peu abondantes. On croyait cette malade phtisique, et c'est comme telle qu'on me la présenta.

Le dépérissement n'étant pas en rapport avec l'intensité et la durée des symptômes, et les signes fournis par l'examen thoracique n'étant pas décisifs, j'examinai l'utérus : il était fort gros et fibreux. La malade fut soumise alors pendant 8 ou 9 mois aux injections intra-utérines de savon ioduré. Celles-ci ne furent pas faites régulièrement ; il y eut néanmoins un peu d'amélioration locale ; l'amélioration des symptômes précités fut à peine proportionnelle, c'est à dire peu marquée.

Deux ans après, les accidents avaient repris toute leur gravité apparente ; la malade me revint. Je faradisai alors l'utérus pendant trois mois pour agir sur l'ensemble de l'innervation. Les séances produisaient des crises de rire convulsif ; le résultat fut nul au point de vue de la toux, de l'appétit et du sommeil.

Après une nouvelle interruption, le traitement par les injections intra-utérines fut repris. Il y eut dès le début une amélioration marquée, qui progresse assez régulièrement pour que le traitement puisse être aujourd'hui fort négligé.

Ici, la faradisation a échoué. L'insuccès relatif des premières injections iodurées doit faire écarter l'hypothèse d'une guérison ultérieure de la toux par l'iodure de potassium. C'est à la résolution du fibrome que j'attribue une guérison, encore imparfaite, qui n'a commencé à s'accuser un peu nettement que quand la tumeur a offert un certain degré de résolution.

L'influence de lésions anatomiques aussi bien que fonctionnelles de l'appareil utérin sur les déterminations hystériques ne me paraît donc pas niable, au moins lorsque l'affection est établie, dans les conditions où nous l'observons communément.

Mais, objectera-t-on, l'hystérie n'est pas seulement une mala-

die de la femme faite ; les exemples d'hystérie précoce ne sont pas rares ; et dans beaucoup la maladie s'explique d'autant mieux par une affection centrale que les jeunes hystériques ont souvent des ascendants névropathiques.

Le fait de l'hystérie héréditaire ne me paraît pas pouvoir être opposé aux conclusions mixtes auxquelles je me suis trouvé conduit par l'analyse des faits. Pour moi, l'hystérie résulte du concours nécessaire de deux facteurs, l'un nerveux, l'autre utérin. Que le facteur utérin soit d'abord seul, il déterminera à la longue la névropathie et en décidera la forme ; à un moment donné, les deux facteurs agiront ensemble, le nerveux étant consécutif. Qu'au contraire la névropathie soit primitive et unique, elle existera comme condition vague d'imminence morbide jusqu'à ce que le concours d'une autre affection détermine la forme du *nervosisme* auquel elle doit aboutir. Si cette affection déterminante est localisée dans l'appareil génital, nous aurons le nervosisme utérin, c'est-à-dire l'hystérie ; si son siège est autre, nous aurons une des autres expressions névrosiques dont Bouchut a donné une énumération qui a pu paraître un peu étendue à ceux qui connaissent surtout la pathologie par les livres dogmatiques, mais où les cliniciens ont retrouvé des tableaux qui leur sont familiers.

J'admets donc que l'influence de l'appareil génital est ici prépondérante, soit qu'elle intervienne pour produire la névropathie, soit que la trouvant établie elle imprime leur direction à ses manifestations.

L'admission d'une influence prépondérante de l'état de l'utérus, tant comme condition prédisposante que comme source de réflexes déterminants, nous fera-t-elle exclure de notre théra-

peutique les moyens qui s'adressent au système nerveux? — Loin de là. Quoique contre tous les accidents de l'hystérie je me sois exceptionnellement bien trouvé d'agir sur l'utérus, et, pendant longtemps, sur l'utérus seul, je ne méconnais pas les services que peut rendre le traitement parallèle des symptômes, et ne me dissimule pas davantage que les actions que j'exerçais sur l'utérus ne portaient pas uniquement sur lui, qu'elles s'adressaient indirectement au centre nerveux, la voie suivie par les transmissions pathogéniques étant également ouverte aux transmissions thérapeutiques.

En présence d'un cas d'hystérie, nous nous appliquerons donc tout d'abord à constater les lésions ou les affections de l'appareil génital, et nous les traiterons par les moyens appropriés, sur lesquels je me suis suffisamment étendu dans les leçons précédentes pour n'avoir pas à y revenir ici.

Nous rechercherons ensuite s'il n'existe pas quelque condition *générale*, dépendante de l'affection utérine ou simplement coïncidente, qui puisse agir sur la susceptibilité des centres, et nous les traiterons également : la chlorose par la faradisation utérine ou l'hydrothérapie ; l'anémie, par la faradisation généralisée, un régime lacté, les bains de lumière, les cures de faibles altitudes, un entraînement approprié ; les diathèses par les moyens diététiques et pharmaceutiques que réclame chacune d'elles.

C'est alors que nous pourrons le plus utilement nous adresser plus directement aux centres nerveux.

Il est une fonction dont l'influence sur le jeu des centres est trop considérable pour que nous ne nous appliquions pas encore préalablement à en corriger les aberrations : il s'agit de la

digestion. Tant qu'elle restera défectueuse, nous sommes exposés à n'obtenir péniblement que des résultats incomplets ou peu stables.

Il pouvait sembler précédemment, quand nous avons examiné les conditions des relations de l'appareil génital avec les centres, la multiplicité et l'importance des voies d'actions réciproques, que tout dût être plus ou moins soumis à l'état de l'utérus. La part de celui-ci est considérable sans doute; mais celle de l'appareil digestif n'est guère moindre, sur un terrain non identique assurément, mais assez voisin. Le fonctionnement de l'appareil digestif doit être pris en très sérieuse considération toutes les fois que nous nous trouvons en présence d'une névropathie centrale dans laquelle peuvent se trouver affectées, sans aller nécessairement jusqu'au délire, les orientations des facultés intellectuelles et instinctives.

Il n'est pas besoin d'être dyspeptique avéré pour n'avoir pas le même caractère à jeun qu'en digestion, l'intestin libre que quand on est constipé. Si l'influence de l'appareil digestif sur les centres nerveux n'est pas la même que celle de l'appareil génital, elle n'en est pas moins considérable ; et nous devons en tenir largement compte dans une affection où l'indication dominante, en dehors des périodes de crise, doit être de faire concourir l'ensemble des moyens hygiéniques à assurer, à établir, à consolidér l'équilibre fonctionnel de ces centres.

Parmi les conditions qui dominent la physiologie pathologique de l'appareil digestif, la plus importante peut-être est l'existence des diathèses, au moins de la diathèse arthritique. Nous aurons, dans une prochaine leçon, à rechercher la part qui doit être faite à cette diathèse en gynécologie; aussi est-ce à son occasion que j'examinerai l'hygiène de la digestion et le

concours thérapeutique que peuvent nous fournir ses contributions.

Il est cependant un point de l'histoire de la digestion qui veut être indiqué ici : le caractère des relations qui existent entre le fonctionnement de l'appareil digestif et celui de l'appareil génital. Ces relations ont été encore peu étudiées ; l'hystérie nous fournira à leur endroit un champ d'observations que je regrette de ne pouvoir que vous signaler. Les inconvénients généraux de l'acte vénérien pendant la digestion gastrique sont de notoriété commune. Son abus entraîne, en tout temps, une parésie intestinale passagère, capable, par la répétition de la cause, de devenir permanente. En regard de ces conditions, nous devons faire la part des avantages, au moins accidentels de l'acte vénérien : c'est ainsi que j'ai vu plusieurs fois, chez des femmes vigoureuses et dans la force de l'âge, mais condamnées à une continence relative par l'âge de leur conjoint ou par son état de santé, le coït faire cesser passagèrement l'insomnie et la constipation, témoignant ainsi de l'influence salutaire que peut, dans des conditions hygiéniques, exercer son retentissement sur les centres cérébro-spinaux et sur les centres ganglionnaires.

Après nous être ainsi placés dans les conditions de milieu que nous jugeons les plus propres à assurer indirectement l'équilibre d'innervation qui doit aboutir au rétablissement fonctionnel et physique des centres, nous arrivons aux indications plus directes que comporte leur dérangement pendant les crises et durant leurs intervalles.

C'est ici qu'interviennent les antispasmodiques : éther, valériane, assa fœtida, musc, castoreum, etc.

Je vous les signale sans vous les recommander outre mesure. L'expérimentation de ces médicaments sur un nombre de malades un peu considérable vous conduirait à les abandonner successivement comme inutiles. Ce serait aller trop loin ; car, si leurs effets sont peu marqués sur l'ensemble des sujets soumis à votre observation, ils peuvent isolément se montrer, en raison de susceptibilités individuelles, avantageux chez quelques-uns. Si donc les épreuves antérieures que vous rappelleront les malades, ou celles que vous auriez des raisons particulières de tenter, vous mettaient en présence de quelqu'une de ces convenances spéciales, il ne faudrait pas négliger d'en tenir compte.

A l'occasion des crises convulsives, je vous ai dit considérer les antispasmodiques comme sans valeur en tant que médicaments de l'attaque. C'est pendant les périodes calmes intercalaires que je les crois capables de rendre des services. Mais alors le changement d'indication doit entraîner une modification dans le mode d'administration : au lieu de doses massives données à des intervalles éloignés, je préfère les donner à très petites doses, répétées toutes les demi-heures ou toutes les heures, suivant la méthode que Burgraeve a faite sienne en la systématisant de la façon la plus heureuse.

Dans l'énumération des antispasmodiques usuels que je viens de vous faire, figurait l'éther. Je ne sais ce qu'il vaut comme antispasmodique direct ; mais il est à mes yeux le *digestif* par excellence, capable de rendre les meilleurs services dans les crises liées à des complications gastriques, ordinairement à des indigestions. Tandis que je considère les autres antispasmodiques comme indiqués plutôt pendant les

périodes calmes, je regarde l'éther comme le médicament de certaines crises, agissant non plus comme antispasmodique, mais par un coup de fouet donné à une inertie gastrique accidentelle,

Vous en ferez alors verser de 5 à 10 gouttes dans 100 gr. d'eau sucrée dont on donnera à la malade une cuillerée à entremets toutes les minutes ou toutes les deux ou trois minutes. Son administration pur sur un morceau de sucre est mauvaise : il brûle ainsi bien inutilement la muqueuse buccale, et se volatilise heureusement assez vite pour ne pas exercer la même influence sur l'œsophage. Aussi fâcheuse est, pour d'autres raisons, son administration sous forme de perles dont l'enveloppe se dissout dans l'estomac, permettant une brusque volatilisation de leur contenu que je crois n'être pas étrangère à la production des dilatations gastriques sur la fréquence desquelles on a particulièrement insisté dans ces derniers temps. Il nous est arrivé souvent autrefois, dans le laboratoire de Cl. Bernard, alors qu'il étudiait comparativement les effets de l'alcool et de l'éther sur la chylification, de faire éclater l'estomac des lapins lorsque nous forcions un peu la dose de l'éther injecté.

C'est l'électricité qui nous fournira la matière médicale la plus variée dans ses moyens et la plus sûre dans ses effets contre les troubles nerveux de l'hystérie.

A l'occasion de l'examen des symptômes, je vous ai déjà signalé les services rendus par la faradisation utérine contre toute une classe de lésions périphériques auxquelles la discussion poursuivie depuis m'a fait attacher une grande valeur, tant comme sources d'excitations déterminantes des crises que comme sollicitations permanentes agissant d'une manière con-

tinue ou à peu près continue sur les centres nerveux. Indépendamment de son action sur les lésions locales, cette pratique a encore le mérite d'agir sur l'affection centrale : le fait me paraît mis hors de doute par la série des observations que je vous ai données, observations toutes publiées il y a douze et vingt ans, et que j'ai reproduites sans y faire un choix, quoiqu'il y puisse paraître aujourd'hui. Comment se produit cette action favorable de la faradisation sur les centres, action qui dépasse, au moins momentanément, celle qu'on pourrait être tenté de rattacher à l'amendement de la lésion utérine? — Elle peut se produire de deux façons : soit par excitation médiate d'un territoire nerveux paralysé, soit par quelque mécanisme moins direct et partant plus complexe, auquel la circulation aurait une part plus ou moins large. Je n'essaierai pas de prononcer entre ces deux explications, toutes deux admissibles. Quoi qu'il en soit, le fait reste.

Toujours à l'occasion des symptômes, je vous ai signalé les services rendus par la révulsion dans la plupart des manifestations douloureuses. Ici encore, je m'abstiendrai d'explications. Celles que j'ai données autrefois (*de la Révulsion et de la médication révulsive* 1870) ne visaient que l'état douloureux local; or, mainte épreuve établit que dans nombre de cas l'affection centrale bénéficie de cette pratique, et en bénéficie vraisemblablement par des mécanismes semblables à ceux que je viens de vous indiquer à propos de la faradisation utérine, — transmissions centripètes et réflexes circulatoires locaux, — mécanismes entre lesquels je n'ai pas plus de raisons d'opter que je n'en avais tout à l'heure.

Les mêmes observations sont applicables aux applications métalliques, magnétiques, et autres, lorsqu'elles font disparaître

soit la douleur, soit l'anesthésie périphériques. Les phénomènes de transfert aux parties symétriques affirment la participation du centre nerveux ; il a donc été atteint par le moyen employé. Nous présumons que c'est dans un sens favorable, quoique les faits publiés jusqu'ici, faits dans lesquels on s'est attaché plutôt à l'observation de singularités passagères qu'à la constatation de résultats thérapeutiques poursuivis avec suite, laissent encore quelque incertitude à cet endroit.

Depuis qu'est close la série des observations systématiques à laquelle j'ai presque exclusivement emprunté celles qui vous ont été rapportées jusqu'ici, je ne m'en tiens plus seulement, dans le traitement de l'hystérie, à la faradisation utérine, de laquelle j'ai même quelquefois essayé de m'abstenir.

Dès à présent je puis vous déclarer que s'il est souvent sans inconvénients, au point de vue de la névropathie générale, de ne pas faradiser l'utérus avec toute la régularité que peuvent conseiller des lésions manifestes de forme ou de situation, l'omission complète de cette pratique empêche d'obtenir aussi promptement des résultats aussi décisifs. Elle reste donc, pour moi, indiquée d'une manière générale, sauf peut-être dans les cas, que je crois excessivement rares puisque je n'en ai rencontré que deux, où la faradisation éveillerait des désirs vénériens. L'énoncé de la restriction que je pose ici pourrait vous donner à penser que je la formule en vertu de considérations que certaines gens appelleraient « morales »? — Il n'en est rien ; mais je n'ai pas retiré de la faradisation les bénéfices habituels qu'elle procure, dans ces deux cas qui m'ont paru anormaux d'un bout à l'autre, et que j'ai regretté de ne pouvoir suivre comme il eût fallu, vu l'irrégularité des malades, qui ne se prê-

taient que fort mal à l'observation. Chez l'une d'elles au moins, l'effet général sédatif et hypnotique de la galvanisation rachidienne ascendante faisait également défaut. Je ne saurais trop vous recommander l'analyse minutieuse de pareils cas, si vous en rencontrez; et je me demande si ce n'est pas chez les malades qui présentent des complications vésaniques qu'on aurait le plus de chances de les trouver.

Jusqu'ici, Messieurs, nous n'avons agi sur les centres nerveux que médiatement, c'est-à-dire par l'intermédiaire de l'appareil sensitif; et cette manière de procéder nous a été déjà fort utile pour avoir raison des divers symptômes centriques. Mais là ne se bornent pas les ressources que nous offrent les médications électriques : elles nous permettent d'agir directement sur les centres.

On peut faradiser les centres en agissant, pour la moelle, du sacrum à la nuque; pour l'encéphale, du front à la nuque ou d'une région temporale à l'autre. Je ne l'ai pas essayé assez souvent, ni dans des conditions assez voisines de celles qui nous occupent ici pour être en mesure de vous donner une opinion sur la valeur thérapeutique de ces pratiques; le seul point sur lequel je puisse vous renseigner est leur parfaite innocuité, à la condition toutefois qu'on y apportera les précautions qui sont de mise dans tous les cas, qu'on opérera avec un appareil à glissière, et qu'on se guidera sur la sensibilité du sujet pour graduer sans transitions brusques l'intensité des courants, et cela d'autant plus doucement que ceux-ci auront plus de tension.

Rien de précis n'a été publié, à ma connaissance, sur les applications que comporterait la faradisation des centres nerveux

dans l'hystérie, sur les conditions qui pourraient l'indiquer. Les relations dans lesquelles nous pourrions chercher ces indications portent sur des applications localisées, pénétrantes ou superficielles, que je vous ai signalées à l'occasion des symptômes contre lesquels elles étaient dirigées, ou sur des exemples de faradisation généralisée par bains ou suivant les procédés de Dropsy ou de G. M. Beard. Je ne crois pas que ces cas puissent être compris comme représentant une action tout à fait spéciale sur les centres nerveux : ceux-ci y ont dû surtout bénéficier indirectement d'une action favorable à l'ensemble de la nutrition.

Les mêmes réserves me paraissent commandées dans l'appréciation des effets connus de l'électrisation statique.

Ici encore, nous sommes édifiés sur la valeur possible des chocs localisés contre les symptômes paralytiques. Mais on ne saurait décider si et comment agissent sur les centres les procédés par lesquels on a prétendu agir sur tout l'organisme ou sur une partie un peu étendue du corps. J'ai peine à croire à une action directe : une des conséquences de la grande tension des charges statiques est leur accumulation sur les surfaces extérieures ; si elles modifient, ce qui n'est pas douteux, l'état électrique des couches profondes, ce ne peut être que par induction, c'est-à-dire secondairement. Les résultats n'en seraient pas moins intéressants à étudier au point de vue thérapeutique ; mais l'étude des phénomènes électro-statiques était trop difficile au siècle dernier, en l'absence des termes de comparaison que devaient fournir plus tard la pile et les machines d'induction, pour permettre d'analyser les phénomènes observés : on devait s'en tenir à récolter un nombre plus ou moins grand de données empiriques.

Chose singulière, les ressources qui ont fait défaut aux physiciens du siècle dernier paraissent dédaignées des médecins qui, de nos jours, ont voué un culte exclusif au maniement des machines à frottement : il semble que la première condition à remplir ait été pour eux d'ignorer que d'autres sources d'électricité avaient été exploitées depuis. Nous avions déjà vu pareille chose chez les partisans exclusifs de la galvanisation. Si la théorie et le maniement de la pile ne leur étaient pas précisément familiers, la connaissance des phénomènes de l'induction et de leurs applications leur était absolument étrangère. Quelque souci qu'on ait de se « spécialiser » au point de vue industriel, il faudrait savoir que les trois modes d'application de l'électricité dont nous ont dotés les acquisitions du matériel instrumental ne représentent que les moyens d'action divers d'un seul et même médicament, qu'on ne peut arriver à manier avec quelque discernement qu'à la condition de posséder l'usage et de comprendre l'économie de tous les instruments qui le fournissent, c'est-à-dire de tous les procédés de *dosage* qu'il comporte. En fait d'électrisation statique, nos contemporains n'ont donc fait encore que des fouilles mal dirigées dans un passé qui reste peu connu.

Employée à donner des secousses, l'électrisation statique ne me paraît qu'un succédané inférieur de la faradisation à intermittences plus ou moins rares.

Je lui accorderais plus de valeur comme procédé d'électrisation continue ou oscillante. Sur ce terrain, elle offre un matériel vraiment original, fournissant des courants de quantité presque négligeable et d'une tension pratiquement irréalisable avec les moteurs voltaïques. Jusqu'à ce que l'on démontre par des épreuves thérapeutiques que la permanence absolue

d'action du modificateur n'est pas indispensable dans les interventions où la continuité est aujourd'hui recherchée; que les transitions brusques sont seules à éviter; que les courants oscillants peuvent remplacer les courants continus ; jusqu'à ce qu'enfin un matériel de machines dynamo-électriques à fils très fins permette d'obtenir facilement des courants sensiblement continus ou oscillants de très grande tension et de très faible quantité, c'est avec les machines électro-statiques que devront être pratiquées les électrisations continues auxquelles on jugera utile de donner beaucoup de tension et rien que de la tension. Bien que je n'aie pas poursuivi avec les machines électro-statiques d'observations systématiques, je crois que cet usage de la tension sans quantité doit comporter d'utiles applications, qu'il est spécialement appelé à rendre les plus grands services dans nombre d'affections où le trouble physique de l'organisation est à peu près indépendant de lésions chimiques du milieu.

Si l'expérience des moyens de l'électrisation statique est trop incomplète pour permettre à son endroit autre chose que des conclusions conditionnelles, la galvanisation continue nous est plus familière; aussi pouvons-nous porter sur elle des jugements moins vagues. Vous nous voyez l'employer ici suivant deux procédés généraux que j'ai appelés, pour indiquer les vues qui président à leur application, la galvanisation *longitudinale* et la galvanisation *polaire*.

La galvanisation *longitudinale* s'effectue suivant le trajet des nerfs; elle est *centrifuge* ou *centripète* suivant l'orientation du courant. Partant de cette idée que les lésions fonctionnelles sont presque toujours sinon toujours d'ordre paralytique à leur ori-

gine, et de ce fait que le courant électrique de nutrition des nerfs est centripète, j'ai surtout expérimenté la galvanisation centripète, n'ayant qu'accidentellement essayé la galvanisation centrifuge, et cela précisément dans des cas où la comparaison lui était défavorable. C'est donc de la galvanisation centripète que je vous parlerai surtout, réservant la question de la galvanisation centrifuge, que j'ai très peu étudiée, et dont les indications m'échappent jusqu'ici.

Quant à la galvanisation *polaire*, qui a la prétention d'utiliser surtout l'action chimique d'un pôle déterminé sur une zone organique plus ou moins étendue, elle est *positive* ou *négative* suivant qu'on fait agir le pôle positif ou le pôle négatif sur la partie que l'on veut modifier, le circuit étant fermé sur un point quelconque, éloigné de cette partie, et choisi de façon qu'on puisse le considérer comme indifférent. De même que tout à l'heure je vous avouais mon impuissance à vous édifier sur les mérites de la galvanisation longitudinale centrifuge, de même, ici, je vous avouerai avoir peu expérimenté, en dehors des applications chirurgicales, la galvanisation polaire négative. C'est sur la foi de résultats obtenus par Remak que j'ai essayé la galvanisation polaire positive, à laquelle il attribuait des vertus « antiphlogistiques. » Les explications qu'il en a données sont du domaine des boniments forains et semblent empruntées au répertoire de la fête de Saint-Cloud; mais les faits pourraient, dégagés des interprétations, n'être pas sans intérêt pratique. Or l'épreuve clinique m'a montré dans les écrits de Remak une part de vrai suffisante pour me conduire à essayer souvent la galvanisation polaire positive, et les résultats satisfaisants que j'en ai obtenus dans des cas où les agents sédatifs me paraissaient indiqués m'ont fait négliger l'étude comparative de la galvanisation négative.

Si j'avais, Messieurs, à me justifier de vous si mal renseigner sur les effets de la galvanisation centrifuge et de la galvanisation polaire négative, je le ferais en vous disant que notre cabinet n'est pas un laboratoire, et qu'il me suffit de soupçonner que de deux pratiques l'une est meilleure pour m'interdire d'*essayer* l'autre sur un malade. C'est sur l'imprévu, c'est sur l'accident qu'il nous faut compter pour faire, en thérapeutique, des épreuves comparatives. J'ai raconté ailleurs comment un accident instrumental n'ayant fait faire à mon insu de la galvanisation centrifuge, m'avait éloigné d'en poursuivre l'expérimentation.

Si les occasions m'ont manqué d'expérimenter la galvanisation polaire négative dans des conditions permettant la comparaison avec les applications que j'ai faites de la galvanisation polaire positive, j'ai pu cependant noter quelques-unes des conditions de son emploi, dans les nombreuses applications que j'en ai faites, un peu dans toutes les régions, en vue de ses effets chirurgicaux.

Sous le nom d'effets « antiphlogistiques, » Remak avait attribué à l'action du pôle positif des vertus dans l'énumération desquelles une part plus ou moins large paraît avoir été faite à la fantaisie oratoire de l'auteur. On peut cependant noter quelquefois une action totale résolutive appréciable sur quelques exsudations, et, à peu près constamment, une action sédative sur les phénomènes d'innervation. Ces effets d'ensemble, — dont je n'essaierai pas l'analyse, — se retrouveront-ils dans la galvanisation polaire négative ? Celle-ci donnera-t-elle, au contraire, des résultats d'ordre opposés? — Envisagés en masse, les effets de la galvanisation polaire négative paraissent sensiblement les mêmes ; l'action résolutive s'y montre quelquefois très marquée ; il en est de même de l'action sédative, au moins immédiate et

quand on ne fait pas agir pendant un temps trop long un courant très intense. Dans ces dernières conditions, — dans lesquelles je n'ai pas expérimenté la galvanisation positive — l'effet sédatif immédiat est suivi, au bout d'un certain temps, d'un sentiment local de fatigue, quelquefois d'endolorissement, qui se dissipe de lui-même avant douze ou quinze heures. Il n'y a donc pas de différence frappante dans les actions qu'une observation superficielle conduirait à attribuer aux deux pôles ; j'admets cependant *a priori* que deux actions dont l'une fait prédominer dans une région la réaction acide tandis que l'autre y fait prédominer la réaction alcaline, ne sauraient avoir des effets identiques ; mais l'épreuve sommaire montre que les différences sont assez délicates à observer pour devoir être étudiées dans des épreuves instituées *ad hoc* et non dans des applications exclusivement thérapeutiques ; celles-ci peuvent tout au plus conduire à poser les questions qu'il appartiendra à une expérimentation méthodique de résoudre.

Des différences s'observent cependant dans les applications thérapeutiques communes lorsqu'on fait agir séparément les deux pôles sur l'encéphale ou dans son voisinage. L'action suffisamment prolongée du pôle négatif détermine souvent des vertiges et peut même amener la syncope. Pareils effets ne m'ont pas paru se produire avec les applications positives. J'avais autrefois conclu de là que la galvanisation polaire négative décongestionnait le cerveau jusqu'à l'anémier, et basé sur cette vue des applications thérapeutiques qui semblaient la confirmer ; mais vous savez quelle distance sépare souvent le phénomène physiologique du phénomène thérapeutique ; aussi je ne vous présente que sous toutes réserves mon interprétation des syncopes que j'ai quelquefois observées.

Ces réserves ont d'autant plus leur raison d'être que l'accident que je viens de vous signaler ne paraît pas se produire avec une égale facilité pour toutes les formes d'applications. C'est dans la galvanisation ascendante de la région rachidienne que j'en ai le plus souvent observé l'imminence; se produirait-il aussi facilement si le pôle négatif étant toujours appliqué à la nuque, le positif fermait le circuit dans une main au lieu de le fermer sur le sacrum? — Je ne l'ai pas encore recherché. J'ai vu cependant, dans une galvanisation longitudinale du membre supérieur, chez un sujet d'une susceptibilité exceptionnelle il est vrai, la syncope être imminente alors que le pôle négatif agissait sur le plexus brachial dans le creux sus-claviculaire. On a prétendu enfin que les modifications de l'état circulatoire de l'encéphale seraient surtout déterminées par les actions exercées sur les ganglions cervicaux; or on s'en rapproche surtout lorsqu'on agit, au cou, sur le pneumogastrique pris à son passage entre les insertions inférieures du sterno-mastoïdien, et jamais encore je n'ai noté de vertiges dans la galvanisation ascendante du pneumogastrique. Largement appliqué sur la boîte crânienne, sur les régions fronto-pariétales, le pôle négatif détermine assez facilement des phénomènes vertigineux; ceux-ci m'ont paru manquer quand il agit par une sonde engagée dans le canal nasal, et être rares quand il agit par une électrode caustique implantée dans un lipome du cuir chevelu.

Je ne m'arrêterai pas davantage sur ces conditions, encore mal déterminées, de la production des phénomènes vertigineux; mon but, en vous les rappelant, était surtout de vous signaler qu'elle se rattache surtout, sinon exclusivement, aux applications négatives. Quant aux précautions qu'elle commande, je n'ai pas besoin d'y insister.

Le procédé de galvanisation que j'ai le plus souvent occasion d'employer chez les hystériques, aussi bien paralytiques qu'algiques ou convulsives, est la galvanisation ascendante longitudinale de la région rachidienne, qui me donne presque toujours les meilleurs résultats, généraux et symptomatiques. Je dis « presque toujours, » parce que j'ai rencontré de très rares exceptions, dont j'ai vainement cherché la raison, à l'action *sédative* et *hypnotique* de ce mode d'électrisation.

L'action sédative porte sur les phénomènes douloureux et sur l'agitation convulsive. L'effet hypnotique n'est pas toujours immédiat ; il se manifeste surtout pendant la nuit qui suit la séance : le sommeil vient plus facilement, est moins interrompu et plus calme.

J'obtiens ces effets avec des courants de 10 à 15 milliampères agissant durant trois minutes, quelquefois avec des courants de 5 milliampères agissant cinq minutes. Enfin les courants que j'applique n'ont pas de « tension inutile » au point de vue mécanique, en ce sens que je n'y emploie que le nombre de couples voulu pour que la résistance intérieure de mon moteur reste égale ou inférieure à celle de la portion extérieure du circuit.

Je vous indique, Messieurs, les conditions dans lesquelles je pratique la galvanisation longitudinale ; mais ces conditions ne sont pas les seules à expérimenter, et il serait intéressant d'essayer comparativement, d'une part, les courants très peu intenses et presque sans tension agissant pendant des heures, et, d'autre part, les courants, toujours très peu intenses mais de très grande tension, fournis par des piles usées ou résistantes d'un grand nombre de couples, ou mieux par une machine électro-statique bi-polaire. Dans ce dernier cas, je ne sau-

rais vous dire d'avance quelle devrait être la durée de l'opération : sa limite supérieure serait fournie par le temps au bout duquel commenceraient à apparaître des vertiges chez les sujets qui y sont particulièrement prédisposés.

A l'occasion de la toux et des vomissements, je vous ai indiqué les cas dans lesquels je localise plus étroitement la galvanisation longitudinale. Ma prétention a été ici d'agir, dans la direction centripète, sur le pneumogastrique droit ou sur les deux pneumogastriques. Un large excitateur humide étant appliqué sur l'épigastre, s'il faut agir sur le pneumogastrique droit, je ferme le circuit sur la région antéro-latérale droite du cou, au niveau du passage du nerf entre les attaches inférieures du sterno-mastoïdien. J'admets qu'on peut intéresser aussi dans une mesure restreinte le pneumogastrique gauche à l'opération en fermant le circuit, non plus en avant du cou, mais sur la nuque, vers l'origine des deux nerfs. Cette galvanisation épigastro-précervicale droite, ou épigastro-post-cervicale donne chez les hystériques les meilleurs résultats comme médication des symptômes gastralgiques, toux et vomissements.

L'électrisation ainsi pratiquée peut être comprise de deux façons : ou comme galvanisation longitudinale ascendante du nerf pneumogastrique droit, ou comme galvanisation polaire positive de l'épigastre, l'application pré ou post-cervicale ne représentant, dans le second cas, qu'une fermeture de circuit quelconque, — ou comme galvanisation polaire négative du tronc du nerf au cou ou vers son origine. Il serait intéressant de rechercher de laquelle de ces interprétations du procédé s'accommoderait le mieux le résultat thérapeutique. C'est ce que j'ai essayé quelquefois pour la galvanisation polaire épigastrique;

et ce que vous avez pu voir ici lorsque, le tampon positif étant appliqué sur la région épigastrique, nous fermons le circuit par un rouleau tenu à la main. Les résultats sont encore satisfaisants; ils m'ont paru toutefois moins nets que dans les cas de galvanisation longitudinale. C'est donc là encore une question partiellement réservée.

La galvanisation polaire négative de la nuque est assez difficile à juger comme procédé de galvanisation polaire, en ce sens que la région bulbaire constitue un centre vers lequel convergent tous les conducteurs nerveux, spinaux, cérébraux, cérébelleux; toutes les galvanisations qui y aboutissent sont donc longitudinales et polaires à la fois. Est-ce comme galvanisation polaire de la nuque ou comme galvanisations centripètes des membres ou du tronc que les opérations susceptibles de cette double interprétation produisent, au bout d'un temps qui varie avec leur intensité, des vertiges pouvant aller jusqu'à la syncope ? — Ce ne peut guère être que par l'excitation négative des centres bulbaires ou encéphaliques que se produit ce phénomène, qui doit nous rendre prudents dans la pratique de ces manœuvres, souvent excellentes.

Je vous ai déjà dit, tout à l'heure, que les mêmes galvanisations d'orientation opposée, c'est-à-dire dans lesquelles l'excitateur central est le positif, ne m'ont jamais, dans les quelques cas où je les ai faites, présenté les mêmes menaces.

Dans les migraines et douleurs faciales des hystériques, la galvanisation polaire positive du point douloureux donne les meilleurs résultats. On l'a souvent pratiquée en fermant le circuit sur la nuque ; telle n'est pas ma manière d'opérer : toujours,

en pareil cas, je ferme le circuit dans l'une quelconque des deux mains.

Si quelque complication de forme hémiplégique, une contracture des membres notamment, se présentait chez une hystérique, j'essaierais volontiers la galvanisation polaire positive de la région fronto-pariétale du côté opposé. Ayant eu occasion de l'expérimenter comparativement avec la galvanisation centripète des membres affectés dans un cas d'hémi-athétose, j'en ai obtenu des résultats avantageux qui m'ont paru plus marqués.

Après avoir envisagé les affections utérines dans leurs rapports cliniques avec l'appareil de l'innervation, je compte, Messieurs, dans une prochaine leçon, les examiner dans leurs rapports avec les phénomènes de nutrition, en vous ébauchant l'histoire non pas des diathèses en général, — sujet prématuré et trop vaste, — mais de la diathèse arthritique envisagée chez la femme.

DIX-SEPTIÈME LEÇON

Diathèses. L'arthritisme chez la femme

SOMMAIRE : La part des diathèses. — Scrofulose. Herpétisme. Arthritisme. L'arthritisme chez la femme. — Vague de ses limites. — Ses éléments symptomatiques. — Contracture arthritique primitive. — L'urticaire. — L'athérome artériel. — Congestion et apoplexie pulmonaires. — Dyspepsies. — Arthritisme hépatique : lithiase biliaire, hémorrhoïdes, obésité. — Constipation. — Affections rénales. — Névropathies : migraines, algies sciatiques, asthme, angine de poitrine, gastralgies. — Arthritisme utéro-ovarien : leucorrhées diathésiques, dysmenorrhées, rhumatisme de l'ovaire.

MESSIEURS,

Lorsque nous avons examiné sur le terrain clinique les affections locales de l'appareil sexuel de la femme, lorsqu'ensuite nous avons recherché quel retentissement elles pouvaient avoir sur les autres appareils, vous n'avez pu manquer d'être frappés des différences que présentent la marche, la durée, la terminaison de deux accidents que l'observation immédiate nous aurait portés, à un moment donné, à considérer comme identiques, des différences dans les façons dont ils se comportent vis-à-vis des réactifs thérapeutiques, des différences qu'accusent leurs relations avec les phénomènes biologiques concomitants, que ceux-ci soient liés à eux par des relations de causalité, ou qu'ils en soient étiologiquement indépendants. Nous n'avions donc tenu compte que d'une partie des données du problème. A

l'occasion de la thérapeutique générale de l'hystérie, j'ai appelé votre attention sur le rôle possible de conditions organiques plus générales que celles que nous avions eu à envisager jusque-là : la chlorose et les anémies nous représentaient des affections plus ou moins passagères du *terrain* sur lequel évoluaient les phénomènes que nous venions d'étudier. Poursuivant ces comparaisons, nous verrons bientôt que la *nature* fondamentale du terrain doit être elle-même mise en cause ; qu'elle n'est pas partout la même, et qu'à côté de certains caractères pathologiques passagers, elle peut en offrir de permanents, d'immuables, manifestés ou latents. C'est à ces manières d'être défectueuses de la substance de tout un organisme, s'accusant par certaines maladies, par la physionomie qu'elles impriment à des affections accidentelles, ou créant seulement des imminences morbides, qu'on a donné le nom de *diathèses*.

La notion — au moins une notion vague — des diathèses est aussi vieille que la médecine. C'est, je crois, à Paracelse qu'il faut remonter pour en trouver le caractère général et les effets indiqués dans des termes auxquels les travaux ultérieurs n'ont rien apporté à changer. Vous savez comment cette notion s'est trouvée altérée avant et depuis Lorry, comment certains auteurs ont fait des diathèses de toutes les prédispositions, circonscrites aussi bien que générales ; vous savez enfin le rôle important qu'ont joué les dermatologistes dans la fixation des caractères à leur assigner, et l'impulsion donnée de nos jours à cet ordre d'études par les travaux de Bazin.

Sans nous arrêter pour le moment sur des idées doctrinales qui vous sont familières, il me suffit de constater que certaines affections de l'appareil génital et que certains symptômes rapportés à des affections de cet appareil, ne sont souvent que

l'expression locale d'une diathèse, quelquefois latente à l'époque où se manifestent ces symptômes. Quant à la condition qui détermine ces localisations, point n'est besoin le plus souvent de la rechercher autre part que dans les influences directes ou indirectes de l'étiologie banale.

C'est là, Messieurs, un sujet d'étude dont l'importance ne saurait vous échapper : il faut s'appliquer, en présence d'un cas donné, à distinguer ce qui appartient à l'état local de ce qui relève de l'état général. Ce n'est que cette distinction, ou plutôt que cette constatation d'influences complexes, qui permettra quelque précision dans le pronostic et pourra assurer au traitement une direction utile. Sans elle on est exposé, ainsi que je vous l'ai déjà dit, à n'appliquer que des *recettes*, avec des chances de succès dont la statistique aurait à fixer le chiffre.

Le sujet est trop vaste et trop peu étudié pour que j'aie la prétention de le traiter ici. Mais il est trop important pour que j'hésite à marquer sa place, et à insister sur l'utilité qu'il y a dans la pratique à être mis sur la trace d'une diathèse par une affection de l'appareil génital, ou par le résultat négatif d'une investigation locale provoquée par des symptômes qu'on devait rattacher tout d'abord à une lésion de cet appareil, ou, ce qui arrive souvent, par le résultat négatif d'un traitement qui répondait à toutes les indications apparentes.

Je ne vous parlerai pas ici des accidents malins dont la classification n'est pas encore faite, accidents en présence desquels nous nous trouvons d'ailleurs désarmés. Les accidents syphilitiques ne m'arrêteront pas davantage, n'ayant rien à ajouter à l'étude dont ils ont été l'objet dans les auteurs qui les ont étudiés chez la femme. Mon observation de cas de cet ordre est,

d'autre part, trop restreinte pour me permettre d'ouvrir, dans le dossier de leur influence générale, le chapitre de leur retentissement sur les affections communes que nous avons étudiées jusqu'ici.

Les états constitutionnels dès à présent intéressants au point de vue qui nous occupe sont les diathèses scrofuleuse, herpétique et arthritique.

Je vous ai signalé l'influence de la scrofulose à l'occasion des catarrhes. Vous trouverez des exemples de scrofuloses utérines dans la thèse de Tillot : *De la lésion et de la maladie dans les affections chroniques du système utérin, 1860.* Ces exemples montreraient entre la scrofulose et la chlorose des coïncidences assez fréquentes pour porter à admettre entre elles des rapports de causalité. Quant aux conclusions doctrinales de l'auteur, elles sont : que les maladies chroniques ne sont chroniques qu'en vertu d'une diathèse ou d'une altération du sang, — que toutes les affections de l'utérus qui se développent en dehors de l'état puerpéral, et un certain nombre de celles qui se développent pendant cette période sont chroniques d'emblée ou tendent à le devenir, — que dans la majorité des circonstances les lésions ne sont que des symptômes secondaires, survenus sous la dépendance d'un état général.

Ces vues sont de celles sur lesquelles je viens insister aujourd'hui, avec quelques restrictions cependant. L'auteur que je viens de vous citer admet « dans quelques cas rares » une affection primitivement locale. Je crois ces cas moins rares, et admets comme fréquente la production d'une affection chronique de l'utérus par la persistance ou la répétition suffisante d'une cause banale ; enfin, dans la création et l'entretien de cette lésion, je fais aux troubles de l'innervation une part

prochaine au moins égale à celle des altérations humorales.

Je ne ferai que vous signaler un travail de M. Gueneau de Mussy sur l'*herpétisme utérin* (*Arch. gén. de Médecine*, 1871), dont le principal intérêt est dans les visées doctrinales affirmées par son titre. Il y est donné seulement des observations d'ulcérations du museau de tanche chez des diathésiques.

C'est sur un terrain plus large que j'ai tenté de porter le débat dans mon mémoire sur l'*Arthritisme chez la femme*, (Gazette obstétricale, 1874), en ne limitant pas mon étude à la recherche des coïncidences entre des lésions utérines et des états diathésiques, mais en examinant, — autant du moins que le permettait le peu de matériaux à ma disposition, — ce que pouvaient offrir de particulier, chez la femme, les manifestations de la plus commune des diathèses, de l'arthritisme. C'est cette étude que nous allons reprendre aujourd'hui.

Ce serait ici le lieu de définir l'*Arthritisme*. Vous me permettrez de ne pas l'essayer. On a embrassé sous ce titre générique, provisoire peut-être mais qu'il serait téméraire de prétendre remplacer actuellement par un meilleur, une foule de lésions et de phénomènes morbides que des origines communes ou des coïncidences fréquentes ont contribué à rapprocher les uns des autres, sans que ces tentatives de rapprochement aient pu aboutir jusqu'ici à la constitution dogmatique d'une entité bien définie et exactement limitée. Sous l'épithète « arthritiques », on comprend divers états pathologiques que la forme de certains symptômes, ou le passage de l'un à l'autre tantôt sur le même sujet tantôt par voie d'hérédité, ont conduit à grouper ensemble, alors que, cependant, on persiste à les distinguer les uns des autres par des caractères différentiels assez nets. Ces carac-

tères toutefois ne peuvent suffire à constituer des genres distincts, car ils ne permettent d'isoler dans le cadre général certains groupes à peu près définis, qu'en laissant de côté, non classées, des affections plus que voisines.

C'est donc à tâtons que j'aborderai un point de pathologie dont la matière ne comporte pas encore des conclusions tranchées.

Ma curiosité a été éveillée sur ce sujet par la difficulté d'expliquer quelques insuccès partiels d'une thérapeutique éprouvée et visant exactement un objet bien précis. Ces cas devaient évidemment offrir des éléments morbides qui avaient échappé au diagnostic primitivement porté.

De quelle nature était la difficulté ?

D'ordre diathésique? — Une raison qui me le fit soupçonner est cette opinion, fondée sur toutes les statistiques, que la *goutte* serait aussi rare chez la femme qu'elle est commune chez l'homme. Aucune des raisons données pour expliquer cette prétendue rareté ne me paraissait satisfaisante. Et puis la goutte est héréditaire. Que deviendrait-elle chez les filles des goutteux?

Poursuivant parallèlement la solution de ces questions, et disposant d'un champ d'observation favorable, je suis arrivé à cette opinion que l'arthritis, — puisqu'il ne saurait plus être question de la goutte franche, — est au moins aussi fréquent chez la femme que chez l'homme. Il y affecte seulement des formes différentes.

Mais est-il légitime de rattacher ces formes à la goutte? — Cela m'a paru pour quelques-unes, qui paraissent le mieux indépendantes de conditions morbides étrangères, pour les *algies de l'ovaire* notamment.

Il me paraît difficile d'être aussi affirmatif en présence d'états dont quelques pathologistes ont fait des diathèses distinctes, de la lithiase biliaire, par exemple, ou des fluxions hémorrhoïdales. Faut-il comprendre toutes ces conditions morbides dans une diathèse commune? Jusqu'où iront leurs traits d'affinité? Quels seront les caractères propres de chacune d'elles?

C'est dans les travaux des dermatologistes qu'il fallait tout d'abord chercher la réponse à ces questions : les premiers, ils les ont abordées par leurs côtés accessibles. C'est à leur nosographie que j'ai emprunté le titre générique d'arthritisme. Mais les caractères du genre sont encore indécis, ses limites vagues, et les données sur lesquelles on s'est fondé pour le subdiviser ou pour en exclure certaines variétés sont encore matière à contestations. Chez les anciens, à qui nous devons le mot, l'*arthritis* comprenait le rhumatisme et la goutte. L'étymologie indique qu'il s'appliquait surtout, ou même exclusivement, aux formes articulaires de ces maladies. Depuis, on y a annexé beaucoup, en même temps qu'on a séparé le rhumatisme de la goutte; plus tard, les dermatologistes ont réuni de nouveau ce qui avait été séparé. Que devra-t-il rester des annexions et des scissions? — Il serait prématuré de vouloir le décider aujourd'hui.

Sans méconnaître la valeur des arguments qui ont conduit à séparer la goutte du rhumatisme, il y a lieu de tenir compte de ceux qui conduisent à les rapprocher : en présence de la multiplicité des phénomènes qui semblent se rattacher à l'une ou à l'autre diathèse sans qu'on puisse indiquer nettement à laquelle, il est bon de conserver le *cadre* arthritis, qui comprend tous ces états douteux, réservant la division ultérieure des matières qui y sont comprises, et qui fourniront vraisemblablement plus de deux chapitres.

Envisageons maintenant non plus les affections à manifestations complexes dont la place dans le cadre nosologique est à trouver, mais les éléments symptomatiques de ces affections. Laissant de côté les lésions cutanées, au sujet desquelles est encore ouverte une polémique qui ne me paraît plus devoir faire progresser la question, vu l'étroitesse du terrain sur lequel elle est restée engagée, réservant les états douloureux articulaires dont la nomenclature est à refaire avant qu'on doive songer à les classer, il reste un certain nombre de symptômes intéressants à examiner dans leurs rapports avec les états généraux mal définis auxquels on applique le nom d'arthritiques.

Pidoux en a donné une énumération, sinon complète du moins fort étendue, dans laquelle il a, sous les titres de *prodromes* et de symptômes de *périodes* différentes, introduit un ordre qui, je le crains fort, est artificiel. Je crois qu'aujourd'hui on a plus à tirer du groupement par ordre anatomique, réunissant les affections d'un même tissu ou d'un même organe.

Je ne m'arrêterai pas à l'énumération des *affections articulaires* données comme expressions possibles de l'arthritisme : ces localisations ne sont pas celles qui nous intéressent. On ne peut, toutefois, à cette occasion, s'empêcher de noter la rareté, chez la femme, de la goutte franche, articulaire, et la fréquence relative, chez elle, de l'affection autrefois décrite sous le nom de *goutte asthénique primitive* par Landré Beauvais, puis par Charcot, qui en a donné dans sa thèse un remarquable tableau, affection pour laquelle j'ai proposé celui de *contracture arthritique primitive*, et que les auteurs qui l'ont étudiée n'ont pas eu, pour la plupart, l'occasion de rencontrer chez l'homme. Ces

deux affections se trouvent citées ici l'une à côté de l'autre sans que l'idée d'un rapprochement doive en ressortir; rien n'autorise, au moins jusqu'à ce jour, à regarder la contracture arthritique comme la forme féminine de la goutte.

Les *dermatoses chroniques* de l'arthritis passent pour se rencontrer également chez les deux sexes.

Deux symptômes cutanés, dont le rapprochement dans l'énumération des phénomènes arthritiques montre combien les classifications actuelles sont provisoires, sont l'*exagération* et l'*absence* de la transpiration, qui ont été toutes deux rattachées à une même dyscrasie. Ne faudrait-il pas les séparer, au contraire, et n'y aurait-il pas lieu d'y chercher l'un des éléments du diagnostic différentiel à établir entre deux diathèses?

La chute prématurée des cheveux a été donnée aussi comme pouvant être d'origine arthritique. Il devra en être de même de la plupart des altérations dentaires, dans l'histoire desquelles on a singulièrement exagéré l'influence des agents extérieurs aux dépens des causes internes. Les enduits dentaires sont-ils tous d'origine gingivale? Les dents ne sont-elles pas le siège d'exsudations propres? Quant à la carie, elle est loin de représenter une affection uniforme. Ne peut-on, tout en respectant la part du parasitisme, faire aussi celle du terrain? Chez certains sujets, la carie est toujours dure; chez d'autres, toujours molle ; que sont les premiers, et que sont les seconds?

L'étude des anomalies de nutrition des ongles devra fournir aussi d'intéressantes contributions au chapitre de nosologie qui nous occupe ici. L'amincissement et l'épaississement doivent avoir des significations différentes; quelle est celle des productions mélicériques sous les ongles, parfois si abondantes?

Il est une dermatose aiguë, que je crois notablement plus commune chez la femme que chez l'homme, et dont l'origine arthritique m'a paru fréquemment incontestable : je veux parler de l'*urticaire*, que j'ai souvent rencontrée chez des filles de goutteux, qui présentaient, d'ailleurs, d'autres attributs de la diathèse arthritique. Chez une de ces malades, des poussées d'urticaire, avec œdème de la face et du cou, étaient le seul symptôme traduisant l'existence de la diathèse. Ces crises se compliquaient de douleurs utéro-ovariennes d'une violence extrême, qui cédaient, au bout de deux ou trois heures, à des applications de chaleur sèche sur le bas-ventre, ou parce qu'elles se jugeaient par des épistaxis utérines. Mais c'est chez un rhumatisant typique que j'ai vu les crises d'urticaire survenir avec le plus de rapidité et le plus d'intensité sous l'influence de conditions bien définies : Cl. Bernard ne pouvait ingérer une cuillerée à café de confitures de groseilles ou une grappe du fruit sans être pris au bout de cinq à dix minutes d'une rougeur scarlatiniforme de tout le corps, avec fièvre à 120 pulsations, et nécessité de prendre le lit pour deux ou trois jours. Une fois, j'ai été témoin du fait, qu'il m'a dit se produire dans les mêmes conditions toutes les fois qu'il s'exposait à l'action de cette cause bien définie. L'urticaire sera donc entre la goutte et le rhumatisme plutôt un trait d'union qu'un caractère différentiel.

Les états inflammatoires des membranes vasculaires paraissent offrir une égale fréquence chez les arthritiques des deux sexes.

Les altérations athéromateuses des parois artérielles seraient-elles plus communes chez l'homme que chez la femme? et fau-

drait-il expliquer par là la fréquence moindre, chez elle, de l'hémorrhagie cérébrale? C'est un point à réserver. Je crois qu'on a, dans ces derniers temps, exagéré le rôle de l'athérome artériel dans la production de l'hémorrhagie cérébrale, que le concours des causes accidentelles y prend une part plus considérable qu'on ne l'admet encore généralement, et que la rareté relative de l'hémorrhagie cérébrale chez la femme ne suffit pas à établir que la dégénérescence athéromateuse des artères soit, chez elle, plus rare que chez l'homme.

On a considéré comme accidents de la ménopause des hémorrhagies cérébrales, tantôt postérieures à la cessation des règles, tantôt se montrant à l'époque de leurs premières irrégularités. Il est difficile de montrer la relation des premières avec la cessation de la menstruation; mais cette relation causale paraît quelquefois évidente pour les secondes. Ainsi j'ai donné des soins à une hémiplégique de moins de quarante-cinq ans, qui fut frappée d'apoplexie, il y a neuf ans, après une aménorrhée de quatre mois. L'attaque parut forte, en ce sens que la perte de connaissance dura longtemps; mais le rétablissement fut rapide sous l'influence d'un traitement qui visa l'aménorrhée. Ayant été appelé trois mois après l'accident, j'obtins pendant quatre mois des règles presque régulières. Celles-ci furent ensuite plus difficiles à obtenir. Mais l'amélioration continua, et aujourd'hui, au bout de neuf ans, il ne reste plus de trace appréciable de l'accident. Dans les cas où quelques symptômes prodromiques porteraient à redouter les congestions céphaliques ou thoraciques, je m'applique à faire revenir les règles, ou au moins à produire tous les mois, dans la semaine qui finit au moment de l'époque menstruelle attendue, des hyperémies utérines que je considère comme le dérivatif le plus puissant à

opposer, chez les femmes, aux congestions encéphaliques ou thoraciques.

Il est un accident de la ménopause qui me paraissait avoir été un peu perdu de vue, lorsque j'ai rappelé l'attention sur lui il y a quelques années, accident que mon observation me porte à admettre comme assez fréquent. Il y a une vingtaine d'années, j'ai vu, dans l'espace de six mois, huit cas d'apoplexie pulmonaire chez des femmes en travail de ménopause. Ces cas se sont présentés dans le cercle de mes relations, et, quoique je ne fusse le médecin d'aucune des malades, j'ai pu avoir des renseignements établissant que quelques-unes au moins étaient arthritiques. Depuis cette série, je n'en ai plus rencontré que deux cas. D'après les renseignements que j'ai pu obtenir, cet accident s'annoncerait longtemps à l'avance. La dérivation par production d'hyperémies utérines serait ici formellement indiquée.

Depuis, l'attention de M. Collin, de St-Honoré, s'est portée sur les congestions pulmonaires chroniques chez les arthritiques ; je ne sais quelle est son impression sur leur fréquence relative dans les deux sexes. Je n'ai rencontré ces congestions que chez des femmes ; mais l'occasion de les rencontrer chez l'homme me fait à peu près défaut.

Il est difficile de faire, dans tous les cas, la part qui revient au *foie* et celle qui revient à l'*estomac* dans les dyspepsies arthritiques.

Des troubles de la circulation hépatique peuvent embarrasser le travail cardiaque et concourir par là, ou par leur influence sur le fonctionnement de l'estomac, à la production de désor-

dres, — congestions céphaliques, épistaxis, troubles de la vue et de l'ouïe, éblouissements, tintements d'oreille, dyspnée, — dont la genèse est souvent obscure, troubles qui pourraient être rapportés à des névropathies, et dans lesquels l'observation devra établir le rôle possible de l'arthritisme.

Il est d'autres accidents dont l'origine hépatique ou dont les relations avec la fonction hépatique étaient autrefois admises, sans que cette vue ait été complètement abandonnée. Leur origine arthritique doit paraître dès à présent bien établie dans un grand nombre de cas : dans la tendance à l'*obésité*, la *lithiase biliaire*, et les *hémorrhoïdes*.

La condition diathésique ne doit pas être perdue de vue quand on a à compléter le régime de l'entraînement chez les femmes obèses. La lithiase biliaire et les hémorrhoïdes sont peut-être, — avec la fièvre intermittente, — les causes qui favorisent le plus les rechutes des congestions utérines. Je leur oppose, avec des résultats souvent satisfaisants, les préparations de chardon Marie.

On a signalé l'arthritisme comme cause possible de cirrhose (?).

La constipation est beaucoup plus commune chez la femme que chez l'homme. L'arthritisme serait-il pour quelque chose dans cette fréquence? Je serais disposé à l'admettre pour bon nombre de cas, d'après les caractères de cette constipation qui sont le plus souvent ceux de l'*atonie intestinale*. Mais c'est un point que je me réserve d'examiner à l'occasion du traitement.

On a signalé, comme accidents arthritiques, du côté des *reins*, diverses affections chroniques de ces organes, des dégéneres-

cences, l'albuminurie. Mais la pathogénie de ces états morbides n'a pas été assez étudiée pour permettre d'affirmer cette relation et nous manquons des documents qui permettraient d'apprécier ce qu'elle peut offrir de particulier chez la femme.

La lithiase rénale rentre plus évidemment dans notre sujet; comme la lithiase biliaire, elle provoque des rechutes rapides des congestions utérines. Mais la gravelle n'a guère été étudiée jusqu'à ce jour qu'au point de vue de la constitution chimique des calculs. Aussi ne m'y arrêterai-je pas ici.

Parmi les *névropathies* arthritiques, on a signalé les formications dans les membres, le prurit des jambes et de la vulve, des douleurs vagues, des crampes, des contractures, l'asthme, l'angine de poitrine, le diabète.

L'origine arthritique me paraît incontestable pour l'asthme. Je crois l'asthme arthritique plus rare chez la femme que chez l'homme. Serait-il, chez elle, remplacé par la congestion pulmonaire chronique plus fréquente? Je pose la question sans posséder des données suffisantes pour sa solution.

J'ai rencontré les accès de douleurs fulgurantes de l'ataxie locomotrice chez deux hommes arthritiques qui ne sont pas ataxiques, et se portent fort bien en dehors de ces accès qui durent de 12 à 48 heures. Chez tous deux, ces crises dateraient de la jeunesse. Les femmes ne m'ont offert aucun exemple semblable.

De toutes les névropathies, certaines migraines tenaces sont celles dont l'origine arthritique paraît le mieux établie. La galvanisation polaire positive de la région douloureuse permet souvent d'en arrêter les accès. Ces migraines, qui ne sont pas rares chez l'homme, m'ont paru plus communes chez la femme.

Serait-ce en raison de la constipation, plus habituelle et plus marquée chez elle? Je ne le crois pas. La galvanisation polaire positive de la partie douloureuse réussit moins dans les migraines à point de départ gastrique, tandis que, réciproquement, la galvanisation épigastro-précervicale droite ne soulage que fort peu les migraines goutteuses. Ce critérium du traitement est un bon élément de diagnostic différentiel.

Je n'insisterai pas ici sur les gastralgies, ayant à m'arrêter, quand il sera question du traitement général des accidents arthritiques, sur les dyspepsies dont elles sont symptomatiques.

Les algies sciatiques nous intéressent surtout en ce qu'elles peuvent comporter, chez la femme, des indications spéciales, étant souvent liées, chez elle, à des affections utérines ou ovariennes qu'on est en droit de considérer comme diathésiques. Ces relations ou coïncidences m'ont paru exister dans la très grande majorité, je pourrais dire dans la presque totalité des cas que j'en ai eus à observer.

Enfin, l'asthme et l'angine de poitrine, bien que moins communs chez la femme, doivent nous préoccuper en raison de la prédisposition possible qu'ils accuseraient à l'apoplexie pulmonaire.

Parmi les phénomènes nerveux ayant une signification pathologique, il est une condition générale que j'ai constamment rencontrée chez les rhumatisants, très souvent aussi, sinon toujours, chez les autres arthritiques, condition à laquelle je serais très disposé à attribuer une valeur pathognomonique.

A l'état physiologique, et aussi dans la plupart des parésies, le sujet qui va se livrer à l'exercice après un repos plus ou moins prolongé, y dispose immédiatement du maximum de

force qu'il a en réserve; après quoi la fatigue arrive progressivement, plus ou moins vite suivant les rapports qui existent entre l'intensité de la dépense et la somme des réserves d'énergie. Les choses se passent autrement chez les rhumatisants, peut-être chez tous les arthritiques; chez eux les réserves réelles sont supérieures à celles tout d'abord apparentes : faible et gêné au début d'un travail physique, l'arthritique sent ses forces venir après une certaine période de dépense, et rentre alors seulement dans les conditions physiologiques, où la fatigue ne résultera plus que d'une dépense ultérieure.

A défaut de signes bien nets de la diathèse, j'attache de l'importance à cette indication que le malade se lève plus fatigué que lorsqu'il s'est couché, mais qu'une demi-heure ou une heure après, il est rentré en possession de ses facultés actives habituelles.

Il est une affection que Dolbeau, avec qui j'en ai vu un cas, m'a dit avoir été décrite, j'ignore où et par qui, sous le nom, tout à fait impropre d'ailleurs, de « cystalgie pariétale », affection extrêmement grave, puisque, sur une trentaine de cas qu'il en avait rencontrés, Dolbeau n'avait vu qu'une guérison, alors que tous les autres malades avaient succombé au bout de quelques mois ou de peu d'années. Je considère cette « cystalgie pariétale » comme une affection des ganglions du sympathique; pareille fut l'impression du professeur Hardy chez une malade auprès de laquelle je l'avais fait appeler, et chez laquelle des consultants des plus notables s'étaient refusés à voir autre chose qu'une violente cystite. C'est à cette affection qu'a, selon moi, succombé Cl. Bernard. Les trois seuls cas que j'en aie vus, dont deux chez des femmes, appartenaient à des arthritiques.

Dolbeau ne croyait pas que les femmes y fussent plus exposées que les hommes.

Du côté de l'appareil génital, on trouve à noter chez les arthritiques des *leucorrhées* spéciales, quelquefois extrêmement rebelles, des *algies ovariques*, et des *dysménorrhées*, généralement ovariques, quelquefois utérines.

On trouvera quelques contributions à l'histoire des leucorrhées arthritiques dans le travail que je vous ai déja signalé de N. Gueneau de Mussy sur l'*herpétisme utérin*. L'auteur, déclarant que, dans l'état actuel de la science, il faut conserver l'herpétisme comme un groupe diathésique provisoire, se montre disposé à admettre qu'il doit rentrer un jour dans la grande famille de l'arthritisme. Il constate ensuite que certains catarrhes utérins peuvent être imputables à une disposition dartreuse, et, admettant que ce catarrhe est dû à une congestion, est très disposé à croire que « cette congestion a quelque chose de spécial comme la cause qui la provoque. » Après Chomel et Duparque, Gueneau de Mussy admet qu'en l'absence même de lésions appréciables du col de l'utérus, l'herpétisme peut se manifester par des troubles sécrétoires. Bien qu'il ait choisi ses exemples dans des cas où existaient des lésions du col utérin, il rattache à la cause diathésique certains catarrhes utérins ou utéro-vaginaux qui ont leur signification indépendamment de la lésion du col. L'observation confirme chaque jour ces vues nosologiques.

Les catarrhes diathésiques se reconnaissent à leur lactescence, à la régularité de leur abondance, à leur résistance à l'application des topiques substitutifs. Un traitement général, alcalin, arsenical ou sulfureux en a quelquefois raison, tantôt

facilement, tantôt très lentement. Quelquefois, enfin, après avoir résisté à tous les moyens, ils cessent sans cause appréciable ; il n'est pas rare alors de voir apparaître, chez les malades qui les offraient, quelqu'un des accidents que j'ai passés en revue dans les pages qui précèdent.

Le cas le plus remarquable de cette leucorrhée diathésique rebelle que j'aie rencontré, est celui d'une malade à antécédents arthritiques, couverte d'acné, névropathique au plus haut degré, dont le col utérin était parfaitement sain. La transpiration avait une odeur sulfureuse très aisément perceptible à deux mètres de distance.

On voit très souvent des hystéropathiques qui se présentent comme ayant eu plusieurs péritonites, jusqu'à cinq ou six. Plus elles en ont eu, plus le pronostic est favorable, au moins au point de vue du péritoine. Malgré la douleur, la face grippée, la sensibilité aux pressions exercées sans précaution sur l'abdomen, ces prétendues péritonites ne s'accompagnent pas de fièvre ou n'offrent qu'un appareil fébrile très léger ; lent ou un peu fréquent, le pouls présente l'élasticité dure qu'on lui trouve chez les rhumatisants. Il s'agit là d'un *rhumatisme de l'ovaire*, affection assez commune, que je crois avoir signalée le premier. Le traitement offre ici un moyen de diagnostic différentiel assez expéditif, car la douleur peut être notablement calmée en une heure, et céder rapidement par l'application sur le col utérin de six à dix grammes d'une pommade à la digitale, ou d'un tampon chargé d'un glycérolé d'extrait de digitale au tiers ou à moitié. On se trouvera bien de faire en même temps sur le ventre des applications de chaleur

sèche, et, si les règles étaient attendues, de faradiser l'utérus pour en provoquer l'apparition.

Le pronostic doit cependant être réservé, car j'ai appris la mort, en province, par une péritonite véritable, d'une arthritique chez laquelle j'avais antérieurement été témoin, à Paris, de deux crises de rhumatisme de l'ovaire qui avaient cédé en quelques heures aux moyens que je viens de vous indiquer.

Les algies de l'ovaire n'offrent pas nécessairement cette intensité et cette acuité qui peuvent, à première vue, en imposer pour une péritonite ; je les crois une des manifestations les plus communes de la goutte chez la femme.

Les *dysménorrhées* ovariques sont-elles généralement d'origine arthritique ? Il est difficile d'en juger, les rencontrant le plus souvent chez des malades qui présentent des lésions utérines par où elles pourraient s'expliquer. J'ai toutefois suivi, depuis plus de quinze ans, un cas où des dysménorrhées ovariques très violentes existent, indépendamment de toute affection utéro-ovarienne pouvant en rendre compte, chez un sujet d'une très belle santé apparente, mais offrant de temps en temps des douleurs des articulations phalangiennes des mains, douleurs qui, depuis quelques années, ont gagné les genoux.

Quant à la dysménorrhée utérine, le cas le plus remarquable que j'en aie vu était offert par une femme d'une très belle santé apparente, dont l'utérus était sain, mais qui était née d'ascendants goutteux. Les crises dysménorrhéiques n'avaient pas toujours la même violence ; les plus fortes étaient celles qui, aux époques menstruelles ou en dehors de celles-ci, coïncidaient avec des poussées d'urticaire qui s'arrêtaient et s'effaçaient assez promptement lorsque survenait la crise hémorrhagique.

Toutes les formes d'arthritisme ne donnent pas à l'habitus général le même aspect. Parmi les signes de dyscrasie, il en est deux de valeur inégale qui peuvent mettre sur la trace de l'état diathésique : 1° une anémie de quantité, avec peau pâle et terreuse, qui s'observe chez quelques graveleux, mais d'une manière trop peu constante pour ne pas être l'expression d'une complication ou d'une diathèse mixte. Je me suis quelquefois demandé si certains sujets chez lesquels je l'observais n'étaient pas plutôt herpétiques, au moins pour une part. 2° L'autre signe représente une chloro-anémie particulière, caractéristique d'une véritable cachexie rhumatismale. Dans cette chloro-anémie tout à fait spéciale, la coloration de la peau rappelle, au degré près mais très exactement comme ton, l'aspect des vessies dans lesquelles on conserve le saindoux. Je n'ai jamais vu ce signe tromper, et vous le recommande comme important en ce qu'il contre-indique l'emploi des ferrugineux, dont les malades qui le présentent ont presque toujours usé et abusé.

Parmi les dyscrasies arthritiques, Pidoux a compris la phtisie et le cancer. Je rappelle cette opinion sans croire qu'on soit aujourd'hui en mesure de la discuter utilement.

Jusqu'ici, Messieurs, je vous ai parlé de l'arthritisme, c'est-à-dire d'une espèce vague, dans laquelle nous paraissons faire rentrer tout ce que nous ne pouvons classer : goutte, rhumatisme, affections intermédiaires dites « rhumatoïdes », psore, etc. Loin de moi la prétention de subdiviser ce *genre* ou de lui fixer des limites. Je vous rappellerai seulement que Bazin

faisait de l'*arthritisme* et de l'*herpétisme* deux familles distinctes ; que, tout en maintenant cette division, Hardy a montré que les caractères assignés aux genres de Bazin étaient pour la plupart de nature à entraîner des erreurs de classification ; que Pidoux et Gigot-Suard les ont réunis en un seul, Pidoux sous le nom d'arthritisme, Gigot-Suard sous celui d'herpétisme.

Les dermatologistes ont donc tantôt réuni et tantôt séparé des états constitutionnels qu'ils ne pouvaient d'ailleurs caractériser avec quelque précision. D'autres ont été plus loin, et, dans un même genre, se sont autorisés de caractères assez nets pour opérer des subdivisions, pour séparer, par exemple, la goutte du rhumatisme. Nous nous trouvons actuellement en présence de quelques types bien définissables, à côté d'autres plus effacés, et de formes limites tout à fait indécises.

Ces dernières me paraissent appartenir nécessairement à des affections mixtes. Vous savez que les diathèses, celles au moins dont Bazin a prétendu arrêter les types, ne s'excluent pas : nous en avons tous les jours la preuve dans les mariages de la syphilis et de la scrofule avec tous les états constitutionnels connus. C'est, à mon avis, dans l'étude des combinaisons des types bien définis que se trouvera la clef des formes mixtes qui sont celles qui nous embarrassent aujourd'hui.

Il est, par exemple, un état constitutionnel très répandu, qu'on a donné comme scrofuleux, et qui représente certainement autre chose ou quelque chose de plus, état que chacun reconnaîtra pour l'avoir souvent rencontré quand je l'aurai désigné sous le nom de *scrofulose mâtinée des Israélites*, — une scrofolose où l'iode perd en grande partie sa vertu. Il y a là une diathèse mixte entretenue par la sélection, véritable mala-

die de race. Il en est de même de l'*herpétisme russe*, très souvent rebelle à la médication arsenicale, sans que l'épreuve des alcalins puisse conduire à modifier le diagnostic porté sur des signes qu'on pourrait se croire autorisé à considérer comme pathognomoniques.

Ayant donné son cadre, qui avait surtout le mérite de la netteté, Bazin n'avait qu'ébauché une œuvre qu'il restait à poursuivre. Peut-être était-ce à la pathologie générale qu'il appartenait de reprendre ces questions. Quoiqu'il en soit, on a peu fait dans cette voie ; quant aux dermatologistes, ils en sont restés à épiloguer sur le plus ou moins de valeur, de fixité, des caractères assignés par Bazin à ses espèces ; la pathologie cutanée ne leur permettait peut-être que cela.

Au lieu de poursuivre sa tâche magistralement commencée, au lieu de rechercher, par exemple, les caractères des diathèses mixtes, et de se servir de cette seconde série d'études pour consolider ou modifier les assises de ses premières conclusions, Bazin a perdu les dernières années de sa carrière à ramasser ce qu'il regardait comme des pierres jetées dans son jardin. C'est regrettable : son œuvre voulait être poursuivie, et nul n'était mieux que lui préparé à la continuer.

Revenant à l'arthritisme, je serais disposé à expliquer comment, la goutte et le rhumatisme offrant chacun de ces spécimens bien distincts dont on fait en pathologie descriptive des formes *pures*, on pourrait cependant se trouver conduit à les faire rentrer dans une même classe, en considérant le rhumatisme comme une forme mixte : goutte et scrofule, par exemple, ou goutte sur un terrain dont le lymphatisme représente un degré suffisamment atténué de la scrofulose pour constituer

état, en cet quelque sorte physiologique, que nos anciens appelaient un tempérament. Par là s'expliqueraient les caractères différentiels sur lesquels on s'est basé pour établir une distinction que la clinique ne saurait accepter aussi radicale qu'on l'a voulu faire. Admettons que l'*uricémie,* — la vraie goutte, — représente le type de l'arthritisme : sa rareté chez la femme et l'enfant, qui sont plutôt rhumatisants, devient la conséquence de sa greffe sur lymphatisme. La même vue rend compte de la fixité relative des accidents goutteux, en opposition avec la dispersion et le caractère plus accidentel des manifestations rhumatismales ; de la chronicité fondamentale des premiers et de l'acuité des secondes. C'est chez les scrofuleux et chez les lymphatiques que je voudrais voir poursuivre les recherches hématologiques qui, poursuivies parallèlement chez les seuls goutteux et rhumatisants ont conduit, sur des données souvent trop affirmatives, à des conclusions dont la procédure logique n'est pas irréprochable.

Mais je me laisse aller, Messieurs, à sortir de mon sujet, si tant est que je puisse me considérer comme en ayant traité un, dans un entretien où je ne vous ai exposé que des impressions. Les observations d'où sont nées les opinions que j'ai agitées étaient poursuivies à d'autres points de vue, et restent, par suite, trop incomplètes pour avoir une valeur démonstrative. En clinique, comme en analyse chimique, on ne voit guère que ce qu'on cherche ; j'ai posé quelques questions ; c'est à l'observation ultérieure qu'il appartiendra d'y répondre, en s'aidant encore du contrôle thérapeutique, dont l'exposé général fera l'objet de la prochaine leçon.

DIX-HUITIÈME LEÇON

Arthritisme. Hygiène et Thérapeutique

SOMMAIRE : La classification de Bazin et ses médicaments spécifiques. — Raisons de ne pas s'en tenir exclusivement à cette thérapeutique. — Bicarbonate de soude et arsenic. — L'impaludisme à Paris. — Soufre, silice, eau sulfo-silicatée. — Le régime : alimentation, les purgatifs habituels, exercice, logement, vêtement, gymnastique pulmonaire, le milieu atmosphérique. — Anémie, chlorose, polysarcie.

Messieurs,

Lorsqu'une malade se présente à vous, il importe au plus haut point que vous soyez édifiés sur l'origine possible des lésions qu'elle vous présente ou des phénomènes subjectifs qu'elle accuse. Parmi ces origines, les conditions diathésiques tiennent souvent une large place. Il arrivera pourtant bien rarement qu'on les mette en cause ; et ce n'est pas de ce côté que devra être dirigé, tout d'abord, votre interrogatoire. Vous pourrez cependant, même à ce point de vue qu'elle ne soupçonne pas, être déjà utilement renseignés par les déclarations de la malade. Mais ne manquez pas, après avoir laissé parler celle-ci, de la questionner sur les accidents qu'elle aura pu présenter antérieurement du côté des articulations, du côté des muqueuses, du côté de la peau, évitant de faire intervenir prématurément des questions qui la conduiraient à omettre ou à dénaturer les renseignements qu'elle doit donner spontanément.

Laissant de côté la syphilis et le cancer, — la syphilis, dia-

thèse spéciale bien définie et limitée, dont les relations avec la pathologie féminine n'offrent pas de caractère particulier, et le cancer et les manifestations malignes dont les conditions d'origine nous sont complètement inconnues, — laissant de côté, dis-je, un état général qui ne nous touche que médiocrement dans l'espèce, et ceux qui nous toucheraient davantage, mais contre lesquels nous ne pouvons rien aujourd'hui, nous nous appliquerons à rechercher les signes de scrofulose, d'herpétisme et d'arthritisme.

C'est dans l'étude des dermatoses, avons-nous vu, qu'on a puisé les notions les plus précises relatives aux diathèses et à leur thérapeutique; et si nos malades en offraient quelque spécimen bien apparent, notre siège pourrait souvent être vite fait; mais il n'en est qu'exceptionnellement ainsi, et lorsque les malades s'offrent à notre observation, les signes que fourniraient les dermatoses manquent le plus souvent; aussi faut-il en chercher d'autres, et les chercher aussi bien dans le passé que dans le présent.

Votre opinion plus ou moins faite sur la qualité du terrain que vous êtes appelés à modifier, vous songerez tout d'abord à appliquer la thérapeutique préconisée par Bazin : à la syphilis, vous opposerez le mercure ; à la scrofule, l'iode ; à l'herpétis, l'arsenic ; à l'arthritis, les alcalins en général, et plus spécialement le bicarbonate de soude.

Ces indications sont-elles formelles? — Non, assurément. On sait qu'à une période donnée de la syphilis l'iode vient utilement en aide au mercure, qu'il devra même plus tard remplacer ; que les effets thérapeutiques du bicarbonate de soude et de l'arsenic ont pu être souvent comparés sur un même terrain,

donnant lieu à modifier un premier diagnostic porté ou à se demander quel pourrait bien être un troisième. Puis, à quoi répondraient certains médicaments qui, dans des cas tantôt bien tantôt mal définis, ont fait leurs preuves : le soufre, par exemple, et les sels d'or ? Enfin, à une époque plus récente, les silicates ont été recommandés, après les benzoates, par l'auteur qui, depuis Bazin, a apporté les plus importantes contributions à l'étude de la diathèse qui nous préoccupe surtout en ce moment ; car, sous les titres d'*herpétisme* ou d'*uricémie*, c'est surtout ce que nous appelons *arthritisme* qu'a traité Gigot-Suard.

Ces difficultés, que je ne fais que vous signaler, ne me paraissent solubles que par la reconnaissance de nouvelles espèces morbides, ou par l'admission et la constitution des types diathésiques mixtes sur lesquels j'ai appelé vos méditations dans la dernière leçon.

Lors donc que nous aurons à soigner une diathésique suspecte d'arthritisme, adressons-nous tout d'abord aux alcalins, mais à doses modérées et sans fonder sur eux des espérances qui nous conduiraient trop souvent à des déceptions. Si certaines déterminations nerveuses, plutôt encore que cutanées ou muqueuses, nous laissent hésitants sur la nature de l'ensemble morbide, soyons prêts à faire intervenir l'arsenic. Mais ne nous imposons pas de persévérer outre mesure dans une médication dont l'indication est encore vague, et dont les bénéfices, lorsque cette indication existe réellement, doivent être relativement rapides, c'est-à-dire très appréciables au bout de deux à quatre septénaires.

Les eaux minérales bicarbonatées sodiques représentent, pour

la classe aisée, le mode d'administration le plus commode du médicament anti-arthritique de Bazin. Les sources Vivaraises de Vals, dont le numéro d'ordre donne sensiblement la dose en grammes par litre, sont généralement préférées pour cette raison. Ici, nous conseillons simplement d'ajouter, aux repas, une pincée de 3 à 5 décigrammes de bicarbonate de soude pulvérisé à chaque verre d'eau rougie.

Pour l'arsenic, c'est à la solution de Pearson que nous recourons le plus volontiers, — arseniate de soude, 5 centigrammes ; eau distillée 30 grammes. On en prend, dans un quart de verre d'eau, deux ou trois gouttes au début des repas les premiers jours, augmentant la dose journalière d'une goutte tous les deux ou trois jours suivant les cas. Je ne crois pas nécessaire d'aller au delà de 10 gouttes à chaque prise, soit de 20 gouttes par jour, à continuer au moins pendant trois semaines ou un mois. Enfin, je ne m'explique pas l'habitude d'interrompre le traitement par l'administration de doses décroissantes. Les doses progressivement croissantes du début ont leur raison d'être dans l'indication d'établir la tolérance pour le médicament, mais je ne vois pas quel genre d'inconvénient peut avoir sa suppression lorsqu'il a été administré assez longtemps pour avoir donné ses effets thérapeutiques.

Puisque nous en sommes à la médication arsenicale, vous me permettrez une digression qui trouve sa justification dans l'usage que nous en faisons souvent ici contre une affection, purement coïncidente, qui se rencontre assez souvent chez nos malades du dispensaire et de la ville pour que nous ne puissions la passer sous silence dans une revue des conditions générales dont la thérapeutique doit tenir compte : je veux parler

de la fièvre intermittente. Il y a tente-huit ans que j'ai commencé à habiter l'Algérie, surtout pendant les mois réputés mauvais; je l'ai connue par conséquent à une époque où elle passait encore à juste titre pour un pays malsain; or, j'y ai vu la fièvre intermittente infiniment plus grave qu'elle n'est à Paris, mais jamais peut-être plus commune que nous ne l'y voyons aujourd'hui. La constitution médicale de Paris me semble dominée actuellement par une endémie tellurique dont le début n'aurait pas coïncidé avec les premiers grands travaux publics accomplis, avec le percement des grandes voies qui relient la gare de l'Est à l'Observatoire, le nouvel Opéra à l'Arc-de-l'Étoile et aux gares du Nord et de l'Est, mais daterait de quinze ou seize ans seulement. Les cas de fièvres d'accès bien caractérisés et intenses ne sont pas très communs, mais une foule de symptômes offrent un caractère plus ou moins régulièrement périodique, et résistent à toutes les médications autres que la médication quinique. Après avoir cédé, facilement d'ailleurs, à l'administration du sulfate de quinine donné à la dose de 5 à 8 décigrammes, on les voit souvent reparaître, tantôt à bref délai, tantôt plus tard ; c'est moins du sulfate de quinine que de l'arsenic que sont alors justiciables ces accidents de *tellurisme chronique*. Aussi, depuis quelques années, j'associe, dès le début, la médication arsenicale à la médication quinique dans les cas où cette physionomie chronique d'emblée est annoncée parle processus initial d'accidents dont le caractère n'est pas tout à fait typique. La raison de cette manière de faire est le besoin d'établir, pendant la médication quinique, que je ne prolonge guère au delà d'un septenaire, la tolérance pour une dose d'arseniate de soude suffisante pour continuer l'action antipériodique de la quinine alors que l'usage de celle-ci aura été

interrompu. Pourquoi, me direz-vous, ce changement? Parce que si la quinine n'a pas donné tout d'abord un résultat décisif et persistant, si elle n'a pas guéri en cinq ou six jours, la continuation de son emploi à des doses suffisantes fatiguera les voies digestives, donnera des bourdonnements d'oreilles, entraînera même de la surdité, avant d'avoir procuré le bénéfice d'une guérison qu'on obtient alors bien plus sûrement de l'emploi suffisamment continué des arsenicaux. Je préfère de beaucoup, en pareil cas, l'usage de l'arsenic à l'artifice conseillé par quelques auteurs, qui, frappés de l'insuffisance et de la nocuité à un moment donné des sels de quinine, ont conseillé de donner alors le quinquina en nature : l'arsenic me paraît agir bien plus sûrement et plus vite.

Je vous disais tout à l'heure que l'épreuve clinique n'était pas aussi constamment favorable au bicarbonate de soude qu'on l'avait admis sur la foi de Bazin. Je serais assez disposé à croire qu'il n'agit pas seulement en modifiant directement la crase sanguine, mais aussi indirectement comme médicament de certains symptômes dyspeptiques extrêmement communs chez les arthritiques. Quoi qu'il en soit de l'interprétation que comporte son efficacité, bien établie pour quelques cas, il est d'autres médicaments dont l'utilité ne paraît pas moins démontrée contre des affections rapportées à l'arthritisme ou à l'herpétisme. En tête de ceux-ci, la tradition place le soufre, et les expérimentations plus récentes la silice ou mieux les silicates. Vous savez, en effet, qu'on n'a jamais cessé d'envoyer certains arthritiques aux eaux sulfureuses alcalines, et que les travaux de Gigot-Suard ont établi l'utilité des silicates dans des cas d'herpétisme expérimental.

Depuis longtemps j'étais préoccupé du meilleur mode d'administration à adopter pour le soufre et la silice, lorsque je me suis arrêté à une eau minérale artificielle sulfo-silicatée dont la première formule a été donnée dans le *Moniteur de thérapeutique* (1877), avec les raisons qui me faisaient préférer une eau artificielle aux eaux naturelles. Aujourd'hui, je conseille Saint-Honoré à ceux de mes clients qui désirent faire une saison de villégiature hydro-minérale ; mais à tous, je prescris de préférence, en toute saison et d'une manière à peu près continue, un grand verre le matin et un demi-verre avant dîner de l'eau artificielle contenant, par litre, 25 centigrammes de monosulfure de sodium, et 50 de silicate de potasse ou de soude.

Les raisons qui me font préférer cette cure *continue* par une eau artificielle aux *saisons* coutumières dans les stations hydrominérales sont de divers ordres. La supériorité des eaux artificielles sur les eaux naturelles tient tout d'abord à ce que les secondes sont ce qu'on les trouve, tandis que les premières sont ce qu'on les fait, c'est-à-dire ce qu'on les veut ; la silicatisation des eaux naturelles m'a paru insuffisante. Ensuite, contre un état qui, le jour où on le constate, intéresse tout l'organisme depuis longtemps, qui implique une viciation générale de la nutrition, je n'admets pas qu'on puisse se contenter, fût-elle poussée à outrance, d'une médication passagère de 3 ou 6 semaines. C'est à une intervention permanente qu'il faut recourir alors qu'on vise plutôt l'état général que tel symptôme isolé d'une crise accidentelle. Une cure excessive de courte durée ne saurait remplacer l'usage prolongé d'un régime qu'il n'y a aucune raison de limiter à une période de temps aussi restreinte que celle des saisons balnéaires. Autre considération : la *saison* se trouverait mal choisie, si elle était choisie : il faut

qu'elle coïncide avec la saison de villégiature et tombe en été, alors que la tolérance gastrique se trouve notablement amoindrie, condition fâcheuse pour tous les malades, plus fâcheuse pour les arthritiques. Enfin, on ne peut envoyer aux eaux tous les malades : les cures hydro-minérales ne sont accessibles qu'aux gens aisés qui ont des loisirs ; ceux-ci sont nombreux, je le veux bien, mais les autres sont plus nombreux encore. Pour toutes les raisons qui précèdent, je donne une préférence absolue aux cures faites chez soi, en toute saison, avec des eaux artificielles plutôt qu'avec des eaux naturelles suffisamment sulfureuses, mais insuffisamment silicatées. Celle dont je viens de vous donner la formule m'a rendu les plus grands services dans les circonstances où je l'ai employée jusqu'ici : contre les formes torpides, surtout viscérales, de l'arthritisme.

Mais le point le plus important du traitement est le *régime* ; aussi me permettrez-vous de lui consacrer quelques développements.

On naît arthritique ; mais on le devient aussi. Dans ses expériences sur des animaux auxquels il faisait ingérer de l'acide urique, Gigot-Suard a montré quelle pouvait être, dans un mauvais régime, la part de l'alimentation. De là des indications d'hygiène thérapeutique.

Mais il en est d'autres ; et les phénomènes gastro-intestinaux ne sont pas seuls à jouer un rôle dans les combustions organiques dont l'insuffisance conduit à l'état diathésique qui nous occupe.

C'est toutefois de cette donnée d'une dystrophie liée à l'insuffisante combustion des principes azotés, combustion insuffi-

sante qu'on rattachait à un mauvais emploi des forces digestives, qu'on est parti pour instituer les prescriptions hygiéniques sur lesquelles on est le mieux d'accord. Aussi commencerons nous par elles.

Nous trouvons, dans l'usage, la direction à donner au régime des arthritiques, spécialement des goutteux, surtout commandée par la préoccupation chimique d'éloigner d'eux les aliments *trop azotés*.

A cette formule quantitative je substituerai une prescription qualitative, en recommandant d'éviter moins les aliments trop azotés que les aliments *mal azotés*. L'expérience montre, en effet, que c'est moins par leur composition *élémentaire* que pèchent les aliments nuisibles aux arthritiques que par des qualités *condimentaires* qu'ils doivent à leur composition *immédiate*.

A cette recommandation, dans laquelle je subordonne l'indication chimique à l'indication physiologique, j'en ajouterai dès à présent une autre du même ordre : tenir tout arthritique pour dyspeptique. Il l'est, le fut ou le doit être.

Examinons maintenant, en commençant par l'alimentation, ce que doit être le régime de ces dyspeptiques qui digèrent. assimilent et rendent mal certains principes azotés.

J'indiquais tout à l'heure en quoi me paraissait insuffisante la prescription de réduire la ration d'azote. Le souci physiologique de tenir plutôt compte de la forme sous laquelle se présente l'azote que de sa quantité, paraît tout d'abord justifié par les observations des praticiens qui, avec Garrod, rattachent

la production de la goutte bien plus aux excès de boissons, bières, vins, alcools, qu'à l'abus des aliments solides.

Des faits nombreux établissent toutefois qu'aucun des deux aspects sous lesquels se présente cette question de l'ingestion de l'azote ne doit dicter exclusivement les prescriptions diététiques. Si la qualité des aliments azotés semble exercer une influence prédominante, leur quantité n'est pas indifférente. Gigot-Suard a déterminé rapidement l'état qu'il appelle *herpétique*, et que nous appelons *arthritique*, en administrant à des chiens des quantités assez faibles d'azote sous la forme d'acide urique ; ici, c'est l'influence qualitative que l'expérience met surtout en évidence. Mais on produit, quoiqu'avec une moindre intensité, les mêmes accidents chez les jeunes chiens qu'on soumet au régime de la viande ; chez eux, on ne saurait incriminer ni la bière ni le vin.

Des viandes seront permises aux arthritiques ; d'autres leur seront défendues en raison des qualités nocives de leur fumet. Mais nous pouvons tenir pour établi que l'abus des viandes réputées inoffensives n'est pas sans inconvénients. Les gens sédentaires, les hommes adonnés aux travaux intellectuels, mangent, en général, trop de viande et en mangent trop souvent.

Le temps n'est pas encore très éloigné où, dans les familles bourgeoises aisées des villes, on mettait le pot-au-feu trois fois au moins par semaine. Ce jour-là il ne paraissait pas sur la table d'autre viande que le bœuf bouilli. Aujourd'hui, le bouilli ne paraît que rarement, ou même ne paraît plus. Il y a là, pour une bourgeoisie nombreuse, pour la bourgeoisie d'affaires spécialement, une cause de dégénérescence sur laquelle on ne saurait trop appeler l'attention des intéressés et des politiciens. Le développement qu'ont pris, depuis quarante ans, l'industrie, le

commerce et l'agiotage, a fait la fortune d'une classe inférieure qui, n'ayant la ressource de faire montre de sa prospérité par aucun luxe d'ordre intellectuel, met toute sa vanité dans sa table, et donne un exemple qu'ont la sottise de suivre nombre de gens, plus éclairés cependant, qui n'ont pas à affirmer leur crédit. Cet oubli des lois de l'hygiène suffirait à accomplir la révolution politique commencée il y a près d'un siècle. Le suicide des classes dirigeantes par la table a plus fait, depuis 1830, pour l'avènement de la démocratie, d'une démocratie qui devra d'ailleurs se renouveler incessamment, que tous les efforts de ceux qui poursuivaient cet avènement en se fondant sur des considérations d'humanité, de justice ou d'ordre public. Nos « dirigeants » sont désormais arthritiques, incapables de fournir plus de trois générations viables ; encore les deux dernières seront-elles singulièrement abâtardies.

J'estime donc, sans accuser les familles riches d'excès de table proprement dits, que, depuis trente ans au moins, la cause la plus active de leur dégénérescence est dans l'abus de l'alimentation.

Les arthritiques sont tenus plus que d'autres à réduire la quantité de leur alimentation, et surtout de leur alimentation animale.

Cette réserve posée, relative à la quantité, je passe à la qualité.

J'ai dit plus haut que des préoccupations d'ordre chimique avaient conduit à écarter de l'alimentation des arthritiques les aliments *trop azotés* ; puis, cette prescription m'a paru devoir être formulée autrement, et j'ai surtout recommandé d'éviter *le trop d'aliments azotés*. Un autre point, plus important à

mes yeux que le souci chimique du trop d'azote, est celui de la forme sous laquelle se présente cet azote : il faut craindre surtout les aliments *mal azotés*.

Ceci demande explication :

Deux choses sont à considérer dans chaque aliment tel que nous l'offrent la nature d'abord, la cuisine ensuite : l'*aliment* proprement dit, qui vaut par sa masse et sa composition élémentaire, et le *condiment*, qui en représente le côté *médicamenteux*. L'analyse élémentaire n'accuse pas de différence appréciable entre un oignon réputé comestible et un oignon de scille qui est un poison, entre un champignon comestible et un champignon vénéneux ; ce n'est pas à elle qu'on s'adressera pour avoir la raison des propriétés toxiques de l'oignon de scille ou du champignon vénéneux. Or, chaque aliment non dénaturé porte avec lui quelqu'un de ces principes difficilement saisissables qui en constituent le fumet, le bouquet, l'arome, et qui agissent, à la manière de la plupart des médicaments ou des poisons, moins en vertu de leur masse, toujours insignifiante, qu'en vertu de qualités de nature à impressionner plus ou moins vivement l'organisme vivant. Ce médicament alimentaire, dont le rôle est encore exaspéré par la pharmacie culinaire, par l'art des assaisonnements, rend souvent les aliments plus savoureux, peut faciliter la digestion de beaucoup d'entre eux, peut permettre d'en ingérer volontiers des quantités supérieures à celles qui seraient acceptées s'il n'était pas là. C'est à l'existence de ce médicament alimentaire, tantôt avantageux et tantôt nuisible, que beaucoup d'aliments azotés ou non doivent d'être funestes à ceux qui en consomment trop, les prédisposant à l'arthritisme, ou aggravant leur situation lorsqu'ils sont déjà dyscrasiques,

et l'aggravant d'autant plus que ladyscrasie est elle-même ps prononcée.

C'est pour répondre à cette indication d'éviter les aliments *trop médicamenteux*, *mal médicamenteux*, ou *mal azotés*, que je conseille l'abstinence de truffes, de champignons, de muscade, de girofle, de thym, de laurier, et, en général, de tous les condiments aromatiques autres que le poivre ordinaire; l'abstinence d'ail, d'oignon, de poireau; l'abstinence de coquillages, de crustacés, de poisson, de gibier.

Le faisan et le perdreau, mangés suffisamment frais, peuvent être presque considérés comme de la volaille; l'oie et le canard seront évités presque à l'égal du gibier.

On devra manger les viandes, viande de boucherie noire ou blanche et volaille, plutôt rôties, grillées ou bouillies qu'accommodées aux sauces. Il est cependant certains états dyspeptiques dans lesquels les viandes bouillies ne sont pas tolérées : il semble qu'elles y soient incapables d'exciter la sécrétion gastrique et ne fassent que s'altérer dans l'estomac.

C'est chimiquement que doit agir l'oseille, généralement indifférente quand elle entre en petite quantité dans les assaisonnements, source d'accidents intestinaux, de diarrhées douloureuses, quand elle est ingérée en plus grande quantité.

Je ne saurais dire si c'est comme condiments aromatiques, ou comme aliments acides, ou simplement comme substances indigestes que sont nuisibles le radis, le raifort, le céleri.

Enfin, il est certains aliments que nous voyons tantôt recommander et tantôt proscrire en se fondant sur des observations particulières dont les données ne sauraient actuellement être généralisées. Il serait injuste de les approuver ou de les con-

damner en masse; mais ils doivent être signalés, et leurs effets observés chez chaque sujet en particulier jusqu'à ce que les contre-indications en soient établies. Les principaux de ces suspects sont le cresson, la moutarde, le citron, l'orange, la tomate, l'asperge, tous les fruits autres que les abricots, nèfles, figues, dattes, bananes.

Je vous disais tout à l'heure que tous les arthritiques devaient être tenus pour dyspeptiques. Ils ne sont pas les seuls diathétiques qui soient dans ce cas. Enfin, il est possible qu'il existe des dyspepsies en dehors de tout état diathésique appréciable. Les caprices de tolérance pour nombre d'aliments me paraissent établir une plus grande variété de formes dyspeptiques que celle actuellement admise, et je crois que ces caprices, lorsqu'on les aura étudiés dans leurs rapports avec les états constitutionnels, pourront se prêter à un classement et fournir d'assez bons signes diagnostics différentiels.

Les arthritiques devront encore user modérément des féculents, surtout en ville, à moins qu'ils aient à y faire une dépense musculaire un peu notable; à la campagne, on peut en supporter davantage.

Ils éviteront les légumes non décortiqués, s'abstiendront d'amandes, noix, noisettes, etc., et seront sobres de sucreries.

Leur régime végétal se composera, autant que possible, de légumes herbacés cuits ou en salade : laitue, chicorée, épinards, etc.; les haricots verts, les carottes, les artichauts pourront aider à varier cette partie de leur alimentation.

Leur pain devra être suffisamment cuit et toujours rassis.

De même que nous avons ajourné l'appréciation de la valeur toxique ou médicamenteuse de certains fruits et légumes, de même nous nous abstiendrons de conseiller ou de proscrire certains aliments qui, inoffensifs par eux-mêmes, peuvent devenir nuisibles en raison de conditions encore inconnues qui en rendent la digestion difficile à quelques sujets. Les œufs, le laitage, la viande de porc, le chou, ne peuvent être accusés d'être indigestes d'une manière absolue ; très bien supportés par les uns, ils le sont fort mal par d'autres, sans qu'on puisse encore donner la raison de ces antipathies gastriques. Comme ils constituent, d'autre part, d'excellents aliments, nous conseillerons d'en user assez largement, mais seulement s'il n'existe pas d'intolérance à leur endroit, et sous les formes les mieux supportées.

Suivant Garrod, le rôle des boissons serait, dans la genèse de la goutte, plus important encore que celui des aliments solides. Cela peut être exact en Angleterre, ne plus l'être qu'à moitié en France, et ne l'être plus du tout en Italie et en Espagne. Il y a là une question complexe dans laquelle il faudrait faire la part du climat et celle des autres habitudes diététiques. On boit beaucoup en Angleterre ; et peut-être y boit-on mal. Garrod incrimine surtout la bière; cela peut être fondé pour les bières anglaises et ne l'être plus pour les bières allemandes.

Chez nous, on boit surtout du vin, ou des préparations qui essaient de l'imiter. Supposons qu'il s'agisse de vin naturel ou d'un produit artificiel d'une bonne exécution : une distinction doit être faite tout d'abord entre les vins rouges et les vins blancs. Ce n'est pas sur leur titre alcoolique, variable, pour

les vins de table, entre des limites peu écartées, qu'il faut les juger au point de vue du régime; mais d'après leur teneur en tannin et en éthers. Les vins rouges jeunes sont plus riches en tannin, les blancs en éthers; avec l'âge, les vins rouges se rapprochent des vins blancs. Les grands vins et les vins vieux sont mauvais pour les arthritiques. Souvent on conseille aux goutteux les vins blancs; cette prescription n'est admissible que s'il s'agit de petits vins, et encore à la condition que ces petits vins blancs n'aient été soumis que très modérément à l'opération du « mutage, » c'est-à-dire amenés à dissoudre de l'acide sulfureux en vue de faciliter leur conservation.

Les vins blancs m'ont paru, d'une manière générale, beaucoup mieux supportés par les femmes que par les hommes.

Les dyspepsies arthritiques ou mieux les dyspepsies chez les arthritiques ne sont pas identiques. Dans beaucoup, peut-être dans le plus grand nombre, il existe une intolérance pour les tannins qui devra faire abandonner ou à peu près les vins rouges et la plupart des infusions. D'autres fois, on rencontre des dyspepsies acides qui contre-indiquent jusqu'à l'acide tartrique et devront encore faire renoncer au vin ; j'aime mieux cela que le couper avec des eaux alcalines lorsque celles-ci ne sont pas autrement indiquées. On se trouve quelquefois bien, dans ces cas, de remplacer l'eau rougie par de l'eau additionnée d'un peu d'eau-de-vie ; mais la bière, lorsqu'on peut en avoir de bonne, est alors préférable.

S'il peut être indiqué de donner à certains arthritiques, comme boisson de table, de l'eau légèrement alcoolisée, il ne faut pas hésiter à interdire à tous les liqueurs alcooliques, et, par-dessus toutes, les mélanges abominablement aromatiques qui ont remplacé le peu regrettable élixir de Garus.

Je proscris également le café et le thé, non pas seulement comme boissons tanniques, mais comme médicaments débilitants. Ceci demande explication, car, d'une part, on a quelque fois prescrit contre la goutte des préparations de café vert; et, d'autre part, le café a été, sous le titre d'« aliment d'épargne, » présenté comme reconstituant. Sans contester que le café puisse être considéré comme *aliment* d'épargne chez quelques scrofuleux, comme *condiment* utile pour le soldat en campagne qui y trempe son pain ou son biscuit, je le tiens surtout pour un *médicament*, non plus d'épargne, mais de *gaspillage* nerveux : il fait travailler à vide le système nerveux de ceux qui en ont un, et à ce titre constitue pour nombre de sujets un énergique débilitant, et un débilitant sans compensations.

De ce fait que les arthritiques sont des dyspeptiques avérés ou sont exceptionnellement prédisposés à le devenir découlent encore quelques indications diétiques :

Celle de manger lentement d'abord.

Celle d'un repos aussi complet que possible après les repas ; celle d'éviter surtout d'occuper les yeux; celle d'éviter enfin les efforts d'attention. L'audition de la musique est ici une précieuse ressource pour les gens d'une grande activité d'esprit : donnant des sensations suffisantes pour occuper le cerveau sans y éveiller d'idées, la musique offre, dans bien des cas, des ressources que rien ne saurait remplacer ; elle est, bien plus communément qu'on ne semble l'admettre, le plus puissant des sédatif, et un sédatif dont les indications sont relativement précises.

Si la journée doit être occupée par des travaux intellectuels

on déjeunera très légèrement. Si, au contraire, on doit faire surtout dépense d'activité physique, on peut manger davantage le matin et dîner moins. D'une manière générale, des deux repas nécessaires et suffisants, l'un doit être léger, l'autre plus copieux ; et c'est sur la nature, la forme et les heures de la plus grande activité, — intellectuelle ou physique, — qu'on se basera pour faire le matin ou le soir son principal repas.

C'est toujours considérant les arthritiques comme des dyspeptiques que j'insiste sur la nécessité de placer dans la chambre à coucher le lit de manière à n'avoir pas une fenêtre devant les yeux. Quelque bien close que paraisse une fenêtre, elle laisse toujours passer assez de lumière pour affecter, vers la fin de la nuit, les yeux qui lui font face. A cette heure, où les actes réflexes ont leur plus grande énergie, l'action de la lumière sur les yeux entraîne une fatigue spéciale qui détermine des cauchemars, et, à la longue, de véritables dyspepsies gastriques ou intestinales.

C'est encore pour des raisons d'ordre gastro-intestinal qu'il faut défendre aux arthritiques de faire leur toilette après un repas, — de fumer aussitôt qu'ils cessent de manger, — de s'exposer au froid en sortant de table ; — enfin, qu'il faut leur faire porter des bretelles.

Parmi les conditions perturbatrices de la digestion que les arthritiques doivent plus que d'autres éviter, l'accomplissement de l'acte vénérien tient peut-être le premier rang ; aussi faut-il leur recommander d'être sobres de rapports sexuels, et surtout de ne se les permettre qu'à jeun.

Je vous ai parlé d'une forme d'affection vésicale grave que je

croyais ne pouvoir s'expliquer que par une lésion nerveuse ganglionnaire, et je me suis demandé si cette lésion nerveuse n'était pas de nature arthritique. Pareille question pourrait être posée à l'endroit de l'intestin; et lorsque je me rappelle les dernières années de Cerise, je suis très disposé à croire que c'est à une maladie de ce genre qu'il a succombé.

Si ces névropathies graves sont heureusement rares, il n'en est pas de même des dyspepsies intestinales, bénignes mais tenaces, se traduisant quelquefois par des diarrhées séreuses qui durent des années ou même toute la vie, plus souvent par une constipation habituelle que jugent de temps en temps des crises diarrhéiques. Il est rare que le fonctionnement de l'intestin soit normal chez les arthritiques; et chez eux la constipation habituelle est la règle. Cette constipation présente enfin généralement un caractère paralytique sur lequel j'ai insisté autrefois pour la distinguer de celle des gens dits « échauffés » chez lesquels l'obstacle à la défécation tient au volume et à la dureté du bol fécal. Dans la constipation des arthritiques, la difficulté ne vient pas ou ne vient que très accidentellement de la consistance des matières; elle tient à l'insuffisance du travail d'expulsion; il semble que l'effort se perde en route; aussi ne doit-on que peu compter sur lui, mais attendre avec patience un résultat.

Parmi les moyens de combattre cette constipation, le plus simple et le plus utile est de se présenter fréquemment et régulièrement à la garde-robe, sans attendre qu'on y soit poussé par le besoin; je conseille de le faire trois fois par jour : lors de la toilette du matin, avant dîner et en se couchant.

Si cet exercice ne suffit pas, les laxatifs sont indiqués.

On a peut-être trop vanté, mais aussi trop décrié les lave-

ments; ils sont souvent fort utiles, tant pour éviter de recourir aux purgatifs que pour prévenir les crises diarrhéiques spontanées, sur lesquelles il serait imprudent de compter. On les donne ordinairement tièdes. Il y a un certain nombre d'années, on les prescrivait froids, sous le prétexte de tonifier l'intestin et de lui maintenir un ressort que les lavements tièdes lui auraient fait perdre. Je crois mauvaise cette pratique : contrairement aux idées qui avaient cours autrefois, la chaleur est un puissant stimulant de la contractilité des fibres musculaires lisses; aussi vaut-il mieux prendre les lavements non pas seulement tièdes, mais chauds, entre 35 et 40 degrés.

Parmi les laxatifs ingérés, il en est un que je vous recommanderai tout d'abord en raison de sa parfaite innocuité alors même qu'on y a recours tous les jours pendant des années : c'est le chocolat cru, — une tablette ou une demi-tablette le matin, au réveil. Il empâte la bouche et permet de prendre, pendant qu'on le croque, un ou deux verres d'eau. L'effet est très prompt et ne dépasse jamais le but poursuivi, celui d'obtenir une selle facile. Le verre d'eau le matin à jeun ayant été autrefois conseillé, on pourrait être tenté de lui attribuer l'effet obtenu. Des essais comparatifs nombreux m'ont convaincu que seuls, ni l'eau, ni le chocolat n'agissent comme leur mélange. Ce petit moyen ne réussit pas constamment; mais une fois sur deux au moins, il donne les meilleurs résultats. Pour certains malades qui commentent et modifient les prescriptions, il est utile de dire que le mode d'administration n'est pas indifférent, et que le chocolat cuit à l'eau ou au lait ne saurait remplacer le chocolat cru.

En cas d'insuccès du verre d'eau pris avec le chocolat, on se trouve quelquefois bien d'un autre petit moyen, fort usité en

Italie, à peu près inconnu chez nous : l'ingestion, le matin à jeun, d'une cuillerée d'huile d'olive.

Quand les petits moyens ne suffisent pas, il faut recourir aux purgatifs, doux, cathartiques, ou drastiques.

On a donné comme types des purgatifs doux les purgatifs salins, sels de soude ou de magnésie, ce qui ne me paraît pas pouvoir être admis sans restriction. Le mode d'action de ces médicaments est subordonné à la proportion de leur véhicule aqueux. Une dose de 5 à 10 grammes de sulfate de soude ou de magnésie dans un litre d'eau pris par verrées de demi-heure en demi-heure, constitue un purgatif doux, agissant fort bien, sans produire de brûlure à l'anus et sans déterminer de constipation consécutive. La même dose dans un demi-verre d'eau agit comme drastique. Quant à la dose de 30 à 45 grammes dans un litre d'eau, à la classique bouteille d'eau de Sedlitz, elle agit d'une façon intermédiaire, provoquant une crise séreuse pénible dont la moralité thérapeutique me paraît assez difficile à apprécier : je la considère autant comme un agent perturbateur que comme un purgatif.

Chez les constipés habituels, il ne faut pas songer, à moins d'indication accidentelle, aux purgatifs salins à doses élevées C'est aux purgatifs intermédiaires, aux doses relativement faibles mais dans un véhicule aqueux peu abondant, qu'on a plus généralement recours aujourd'hui. Cette manière de faire est préférable sans doute ; néanmoins, je n'en suis pas partisan, et n'admets pas qu'on puisse impunément, quelques précautions que l'on prenne du côté du mode d'administration, donner tous les jours ou tous les deux jours pendant des mois ou des an-

nées, comme il le faudrait faire chez les arthritiques, des sels de soude ou de magnésie.

Lorsque l'usage des purgatifs doit être habituel, c'est aux cathartiques et aux drastiques qu'il faut s'adresser.

Parmi les premiers, je préfère la rhubarbe, à la condition toutefois qu'elle n'agisse pas comme drastique, c'est-à-dire qu'elle soit donnée à faible dose et avec un correctif. Une vieille formule lui associait partie égale de fleur de soufre et demi-partie de crême de tartre. La crême de tartre me paraît inutile. Le mélange à parties égales de rhubarbe et de soufre lavé purge suffisamment et sans fatigue à la dose de 5 décigrammes à un gramme prise au début du dîner.

La pulpe de tamarin pourra être aussi quelquefois prescrite avec avantage, aujourd'hui surtout qu'on en fait des bonbons d'un petit volume et d'un goût presque agréable.

Enfin, c'est parmi les cathartiques que je rangerai les *thés* purgatifs, de tous les pays et de toutes les confréries, dont la base est le séné. Leur usage pourrait être souvent recommandé aux arthritiques, s'il ne devenait dangereux du fait de l'habitude de prendre ces infusions après les repas et de manquer ainsi à la règle, qui devrait être absolue, de ne jamais ingérer un purgatif par-dessus des aliments.

Mais c'est aux drastiques que je donne la préférence dans toutes les circonstances où l'effet purgatif doit être recherché à des intervalles très rapprochés et pendant un temps fort long, comme c'est le cas chez les malades dont nous nous occupons en ce moment. Et, parmi les drastiques, mes préférences sont pour l'aloès, dont l'action présente le moins d'écarts. On a

fait toutefois à l'aloès un reproche, qui peut s'adresser d'ailleurs à tous les drastiques, celui de congestionner le rectum, et d'être, de ce fait, contre indiqué chez les hémorrhoïdaires. Or, les hémorrhoïdaires sont très communs chez les arthritiques, et surtout chez les femmes. Tenant compte de cette contre-indication, et ne me décidant pas à renoncer à l'aloès, j'ai essayé d'en faire, au moyen d'un correctif, un purgatif cathartique, et crois y être arrivé : depuis vingt ans je le donne couramment à des hémorrhoïdaires qui n'ont jamais eu à y renoncer. Mon correctif est le chardon Marie (*silybum*), que je fais entrer dans des pilules aloétiques dont la formule est très voisine de celle des grains de santé de Franck, et dont l'effet purgatif est égal à dose moindre d'aloès. Le chardon Marie, introduit dans la masse comme correctif, se trouve donc être en même temps un adjuvant. Voici la composition de mes pilules : aloès succotrin, 5 grammes, — extrait de chardon Marie, 2,50, — savon amygdalin, 7,50 — pour 100 pilules, dont on prendra une au début du repas du soir. Si la dose était plus que suffisante pour donner le lendemain une selle facile, spontanée ou aidée par un lavement d'eau légèrement savonneuse, au lieu de tirer 100 pilules de la masse, on en ferait 150. Pareille chose serait à faire si, au lieu d'être trop fortes, les pilules étaient trop faibles; alors on en prendrait deux.

En vous présentant les considérations qui précèdent sur le maniement des laxatifs et des purgatifs, je n'ai pas rattaché l'usage de chacun d'eux à une forme dyspeptique bien définie, et j'ai paru supposer que les indications ressortaient suffisamment nettes de l'examen sommaire des symptômes. Or, il s'en faut qu'il en soit toujours ainsi ; et, dans l'état actuel de nos

connaissances, la seule considération des signes fournis par les formes de la diarrhée ou de la constipation pourrait quelquefois égarer sur la nature d'une dyspepsie. J'ai pu insister sur le régime et sur le traitement, par les agents physiques dans les cas de dyspepsies gastriques ; ce n'est qu'implicitement qu'à propos des purgatifs j'ait fait aux dyspepsies intestinales une part qui reste assez vague. Or, il est des dyspepsies primitivement intestinales, exclusivement intestinales à un moment donné, qui nous intéressent en raison de leur fréquence chez les arthritiques, en raison de leur ténacité, en raison du peu de souci qu'en semble prendre la thérapeutique en dehors des cas où elles se manifestent par des accidents aigus, en raison enfin de la difficulté actuelle d'agir sur elles.

En présence d'un cas de dyspepsie mal caractérisée, — ce qui est presque la règle dans les cas un peu anciens, — la première question à se poser est celle de savoir si l'affection est de localisation gastrique ou intestinale. A défaut de signes fournis à cet endroit par les sensations des malades ou par la nature des excrétions, il en est un que j'ai indiqué autrefois et qui me paraît tromper rarement : c'est l'*insomnie*, dont le caractère varie suivant la localisation de l'affection. Les dyspeptiques *gastriques* ont de la peine à s'endormir, après quoi ils fournissent un sommeil à peu près normal ; les dyspeptiques *intestinaux* s'endorment beaucoup plus facilement, mais, après un premier sommeil qui les conduit vers deux ou quatre heures du matin, ils se réveillent avec une insomnie qui dure une ou plusieurs heures.

Vous savez de combien de ressources de toute nature, hygiéniques, pharmaceutiques, physiques, nous disposons contre les dyspepsies gastriques ; nous sommes moins bien armés contre

les dyspepsies intestinales. Celles-ci sont moins accessibles à nos modificateurs : ingérés par en haut, la plupart des médicaments sont absorbés ou dénaturés dans l'estomac avant d'atteindre l'intestin grêle; donnés en lavements, ils sont arrêtés à la valvule iléo-cœcale; des obstacles d'ordres différents interviennent lorsqu'on veut agir au moyen des modificateurs physiques. La diététique et les médications chimiques n'ont donc plus, sur les dyspepsies intestinales, qu'une prise indirecte; les agents physiques y sont d'une application plus difficile.

Je vous ai dit de quelle ressource était, dans les dyspepsies gastriques, la galvanisation ascendante du pneumogastrique droit. J'ai voulu, dans les dyspepsies intestinales, agir sur le pneumogastrique sous-gastrique comme j'avais fait pour l'épanouissement supérieur de ce nerf; mais la localisation est moins aisée, et les résultats, quelquefois nuls, souvent obscurs, sont loin d'être comparables à ceux obtenus des applications faites au niveau de l'estomac. J'essaie de galvaniser la masse intra-abdominale, en appliquant sur l'ombilic ou sur l'une des fosses iliaques un excitateur positif, l'excitateur négatif étant appliqué à la nuque. Peut-être obtiendrait-on mieux en localisant l'excitation positive dans le rectum, au moyen de l'excitateur abrité de Boudet.

Dans ces cas, la galvanisation rachidienne ascendante a souvent modifié les conditions défectueuses du sommeil, mais sans procurer toujours une amélioration correspondante du côté des phénomènes dyspeptiques.

Quelquefois, enfin, je me suis bien trouvé de la révulsion faradique pratiquée sur toute la surface abdominale antérieure; mais le moyen est douloureux, et, dans la nécessité de le

répéter souvent, il serait désirable de pouvoir n'y recourir que sur des indications plus précises que celles qui nous conduisent aujourd'hui à l'employer.

Une affection abdominale qu'on rencontre souvent dans l'arthritisme, auquel elle a d'ailleurs été rapportée, est l'état de congestion veineuse habituelle, décrit sous le nom de *pléthore abdominale*, et rattaché à des congestions périodiques ou permanentes du foie, qui agiraient sur la circulation mésentérique comme font certaines tumeurs qui déterminent la disposition variqueuse des réseaux veineux avoisinants. Quoi qu'il en soit de l'explication, le fait est loin d'être rare, et je viens de vous rappeler que notre clientèle d'arthritiques fournissait nombre d'hémorrhoïdaires.

Chez la femme, les grossesses sont une cause de plus de cette infirmité. Chez elle, plus souvent que chez l'homme, l'état variqueux intéresse le bas fond de la vessie, et surtout comprend l'urèthre, donnant lieu à des dysuries très pénibles toujours, extrêmement douloureuses s'il existe en même temps du catarrhe vésical.

Dans les cas légers, ces accidents sont soulagés dans une mesure appréciable par les préparations de chardon Marie, dont je vous ai déjà signalée l'utilité chez les hémorrhoïdaires, chez les calculeux hépatiques, et, d'une manière générale, contre l'ensemble des malaises en rapport avec la phléthore abdominale.

Contre les hémorrhoïdes douloureuses du col vésical, le chardon Marie ne constitue toutefois qu'un palliatif insuffisant ; et j'ai recours à la dilatation brusque de l'urèthre. L'idée m'en est venue à la suite des succès obtenus par Foutan, de Lyon, de

la dilatation forcée de l'anus contre les hémorrhoïdes rectales. La méthode m'avait tout d'abord paru étrange ; mais, en présence de ses succès, je crus devoir l'adopter contre les varices cysto-uréthrales de la femme. Je fis donc porter à 7 centimètres la longueur des mors d'un spéculum auri bivalve, qui me sert à pratiquer la dilatation brusque de l'urèthre dans les cas où l'aspect du méat urinaire porte à expliquer la dysurie par l'état variqueux de la muqueuse.

Les résultats, comme vous avez eu plusieurs fois l'occasion de le voir ici, sont immédiatement satisfaisants ; mais la persistance de la guérison n'est pas constante. Il n'y a pas lieu d'être trop surpris de rechutes justifiées par une condition anatomique fondamentale sur laquelle nous n'avons pas de prise. La possibilité de ces rechutes, qui, dans les cas peu favorables, n'ont lieu qu'au bout de plusieurs mois, ne me paraît toutefois pas contre-indiquer une opération bénigne, qui met fin à des situations quelquefois intolérables.

C'est surtout dans l'hygiène des valétudinaires, — et quelque bien portants qu'ils soient *actuellement*, les arthritiques doivent être considérés comme tels, — qu'il importe de tenir compte de la solidarité des systèmes organiques, et de l'influence régulatrice exercée sur ceux qui sont affectés par ceux qui ne sont pas atteints. C'est à ce titre de modificateurs indirects de la nutrition que se recommandent les prescriptions suivantes, intéressant les *gesta* et les *applicata*.

Exercice au grand air, fréquent, à jeun, c'est-à-dire avant les repas et avant de se coucher. Ne pas le pousser jusqu'à la fatigue, mais arriver à l'augmenter progressivement.

Cette recommandation a pour but de réaliser les conditions

générales d'activité les plus favorables à la nutrition. Dans le cas qui nous occupe, elle vise en même temps un résultat chimique spécial. On a trouvé, en effet, que, sous l'influence d'un exercice modéré, la quantité d'acide urique diminuait dans le sang, tandis qu'elle s'y montrait augmentée à la suite d'un exercice excessif, d'un exercice poussé jusqu'à la fatigue.

Éviter les courants d'air, mais s'assurer toujours une aération copieuse.

Rechercher la lumière du jour autant que l'air.

On ne tient généralement pas assez compte, dans les recommandations hygiéniques, du rôle de la lumière solaire, que je serais tenté d'appeler le condiment par excellence des oxydations organiques; nulle part son intervention n'est plus utile que dans l'arthritisme, que dans cette dyscrasie caractérisée surtout par l'insuffisance des oxydations désassimilatrices.

Il est d'expérience que les promenades du matin sont bien plus profitables que celles du tantôt aux valétudinaires, et que, dans la réparation par le sommeil, il ne faut pas tenir compte seulement du nombre des heures de repos, mais de leur choix. Les arthritiques devront donc se lever tôt, et se coucher de bonne heure.

Les précautions à prendre quant au milieu dans lequel on se reposera découlent des mêmes considérations. On devra aérer la chambre à coucher, et la sécher en y faisant du feu. On peut choisir pour cela les heures où elle n'est pas habitée. On y laissera les fenêtres ouvertes aux heures où elle reçoit le plus de jour. On y laissera le rideau de la cheminée toujours levé. Le lit doit être un peu ferme, aéré par un sommier à jour. On

ne l'enfermera pas dans une alcôve; on ne l'entourera pas de rideaux; on n'y introduira jamais de matelas de plume.

L'arthritique doit se mettre autant que possible à l'abri des variations de température un peu étendues. On sait généralement atteindre ce but chez soi; mais il n'en est plus de même lorsqu'on est appelé au dehors. On perd trop souvent de vue que le rôle des vêtements n'est pas de donner au corps une chaleur qu'ils ne possèdent pas en propre, mais de l'empêcher de perdre la sienne ou d'être trop vivement affecté par les températures élevées auxquelles il peut être exposé. Ce rôle d'*isolants* sera d'autant mieux rempli que les pièces d'habillement emprisonneront plus d'air dans leur trame ou dans leurs plis. Aussi deux vêtements légers sont-ils, en toute saison, préférables à un vêtement plus épais.

L'intégrité fonctionnelle de la peau est rarement parfaite chez les arthritiques, et ce qu'on pourra faire pour l'entretenir sera fort utile à des sujets chez lesquels on ne saurait trop favoriser les actes respiratoires de tout siège.

La balnéation pourra être utilement appelée à maintenir ou à réveiller l'activité de ses sécrétions et à fortifier les éléments contractiles qui entrent dans sa texture. Mais les bains tièdes, surtout en usage chez nous, sont pour cela d'un médiocre secours. Il en est autrement des bains russes ou orientaux, les seuls à conserver comme bains de toilette. En dehors de ces bains de Hammam, qui, à moins d'indications thérapeutiques, ne doivent pas être pris plus d'une fois par semaine, on se trouvera bien des ablutions froides, fréquentes, très courtes, à jeun.

C'est avec raison qu'on interdit aux arthritiques de porter de

la toile sur la peau. J'approuve moins la recommandation de porter de la flanelle. Si elle a l'avantage d'augmenter le nombre des couches protectrices, la flanelle a l'inconvénient d'irriter la peau sans la mieux éponger que le coton. Capable de se charger de plus d'humidité que celui-ci avant de paraître mouillée, ce qui n'est pas un avantage dans les conditions normales, elle est toutefois utile dans quelques voyages, à la chasse, et, d'une manière générale, dans les circonstances où l'on n'a pas la facilité de changer de linge à un moment voulu. En dehors de ces cas, on devra porter du linge de corps de coton en toute saison, et le changer au moins matin et soir.

Les absorptions et excrétions intestinales et cutanées, qui nous ont occupé jusqu'à présent, ne sont pas les seules dont nous devions avoir souci : la fonction pulmonaire joue un rôle trop important dans l'économie générale des échanges pour que nous négligions les moyens capables d'en assurer la régularité. Les soins donnés à la peau favoriseront indirectement l'accomplissement de la respiration pulmonaire; une bonne aération donnera satisfaction à ses exigences chimiques; mais certaines affections, plus communes chez les arthritiques, l'asthme et l'emphysème notamment, nous indiquent l'utilité d'agir en même temps sur ses conditions mécaniques. Chez les arthritiques qui ont la respiration courte, qu'essouffle l'ascension des escaliers, qui gravissent difficilement un plan incliné, je fais répéter plusieurs fois par jour un exercice extrêmement simple qui favorise la dilatation du poumon pendant l'inspiration et son retrait pendant l'expiration.

Les bras tombant verticalement en avant du corps, on les élève doucement jusqu'à les rendre horizontaux, les portant en

même temps un peu en arrière. Pendant ce temps, on fait une inspiration qui doit n'avoir rien de forcé, mais dont la profondeur est commandée par l'étendue du mouvement qu'ont exécuté les bras. Après quoi l'expiration s'accomplit d'elle-même pendant que les bras retombent dans leur position initiale.

Ce mouvement, répété cinq ou six fois de suite, et repris trois ou quatre fois par jour, augmente assez vite l'aptitude à la marche et aux ascensions ; je le considère, dans tous les cas, comme un bon exercice pour le poumon toutes les fois qu'il y a lieu de régulariser la respiration ou d'agir par elle sur le cœur ou sur la circulation du foie.

Je me suis souvent demandé, sans y trouver de réponse, pourquoi *le séjour des bords de la mer* était défavorable aux arthritiques. Quoiqu'il en soit de l'explication qu'il pourrait comporter, le fait est constant; une observation déjà ancienne, et portant sur un nombre de faits aujourd'hui considérable, ne me laisse plus de doutes à cet égard.

Par contre, le séjour des lieux élevés peut leur être utilement recommandé, à la condition que les stations choisies ne soient pas dans des régions de l'Europe occidentale où règnent souvent les vents d'est.

Les prescriptions hygiéniques, sur lesquelles je n'ai pas craint d'insister un peu longuement en raison de leur importance dominante, sont applicables à tous les arthritiques. Il est toutefois, chez ceux-ci, des catégories à faire, où des conditions pathologiques accessoires peuvent fournir des indications spéciales, ou donner plus d'importance à quelques indications formulées, et conduire à y appuyer davantage.

Il est des arthritiques, — peut-être les herpétiques de Bazin, — qui offrent à première vue la pâleur terreuse et la maigreur des anémiques de quantité ou des cachectiques. N'essayez pas de les reconstituer directement par des moyens chimiques. Je vous ai déjà dissuadés de leur donner des ferrugineux; les préparations de quinquina ne leur conviennent guère plus si leur état n'est pas sous la dépendance de l'impaludisme. Ne comptez pas davantage, pour eux, sur les digestions artificielles, sur les préparations de pepsine ou de pancréatine jointes aux aliments, ou sur les peptones. Je crois fâcheuse la prétention chimique de faire bénéficier ces malades d'une alimentation intensive, et préfère ne m'écarter chez eux du « régime doux » des anciennes médications antiphlogistiques que pour écouter les caprices de leur appétit. Telle femme fait du sang avec les cornichons dont elle est friande, qui ne saura faire que de la dyspepsie avec les jus de viande qu'elle prend par devoir. Le meilleur aliment, pour les anémiques arthritiques ou non, est le lait lorsqu'ils le supportent; les œufs crus peuvent être encore une ressource; enfin, le jambon, accepté quelquefois volontiers alors qu'il y a aversion pour toutes les autres viandes.

A défaut de ces ressources, c'est indirectement qu'il faut agir sur la nutrition, par les bains de soleil, par un exercice progressif, et, s'il est impossible, par l'exercice passif, par le massage, aidé, suivant l'état des fonctions cutanées, de frictions huileuses ou savonneuses.

Nos journées de seize heures sont trop longues pour les anémiques. Il faut les couper en deux par un temps de sommeil qui, suivant les heures du lever et du coucher, sera bien placé après le déjeuner ou avant le dîner. Si le sommeil de la nuit fait défaut, on le sollicitera, non par des médicaments, — pas plus avec le

bromure de potassium qu'avec le chloral ou les opiacés, — mais par la galvanisation ascendante de la région rachidienne, à défaut de l'indication d'une autre application électrothérapique quelconque.

Je ne reviendrai pas, à propos des anémiques, sur ce que je vous ai dit tout à l'heure de la constipation et des moyens à lui opposer. Chez eux, la diarrhée est le plus souvent accidentelle; on la respectera si elle ne se prolonge pas. Si elle durait trop, on lui opposerait les embrocations camphrées ou térébenthinées sur l'abdomen, et les lavements huileux, simples ou camphrés, ou térébenthinés. L'addition d'une cuillerée d'huile camphrée ou d'un gramme d'essence de térébenthine émulsionnées aux lavements en fait des antidiarrhéiques puissants; mais il n'en faut pas abuser sous peine de voir leur administration suivie de constipation.

C'est surtout par le système nerveux qu'il faut agir sur la nutrition des anémiques. Nous venons d'intervenir dans ce sens en prenant souci de leur sommeil. Nous agirons encore d'une manière favorable sur la nutrition en général par les bains faradiques, que j'ai autrefois conseillés surtout dans les convalescences difficiles des maladies aiguës : patient suspendu dans le bain sans contact avec la baignoire; excitateur positif à la baignoire ; négatif, dans le rectum. Nous agirons enfin sur l'innervation gastrique par la galvanisation continue ascendante du pneumogastrique droit.

Je ne sache pas que la chlorose sans décoloration, la *chlorosis fortiorum* des anciens auteurs, ait avec les états diathésiques des rapports connus. Il n'en est pas de même de la chloro-anémie des rhumatisants, que je vous ai signalée dans la der-

nière leçon en insistant sur le teint de saindoux qui la fait immédiatemement reconnaître. L'hygiène de ces rhumatisants est celle dont il a été question aujourd'hui. Il y aura seulement lieu, chez eux, d'insister sur les moyens qui influencent l'ensemble de la nutrition en imprimant une suractivité aux fonctions de la peau. Ici revient l'indication de la lumière solaire ; aussi celle des bains de Hammam, à la condition de ne pas prolonger inutilement le séjour de début dans l'étuve sèche, et de ne pas laisser exagérer le massage qui précède les ablutions.

Il est clair que les indications fournies par des symptômes définis du côté de l'appareil digestif ou de l'appareil génital devront être remplies au cours de la cure hygiénique. Les premiers de ces symptômes sont l'expression de dyspepsies sur lesquelles je n'ai plus à m'arrêter après ce que je viens de vous dire à l'occasion des anémies de quantité. Du côté de l'appareil génital, c'est l'aménorrhée qu'on rencontre le plus souvent : vous savez comment y faire face.

Faut-il faire une classe d'anémiques d'une catégorie de sujets qu'on a présentés comme une variété d'arthritiques, et chez lesquels on en rencontre en effet au moins un grand nombre ; je veux parler des *obèses*. Tous les obèses ne sont pas anémiques ; mais il en est beaucoup parmi eux, et plus spécialement les arthritiques.

Quelle que soit l'origine de la *polysarcie*, les sujets qui en sont affectés se trouvent bien, d'une manière générale, du régime sur lequel je me suis étendu dans cette leçon, régime qui, institué surtout en vue des *dyspeptiques*, ne saurait s'éloigner sensiblement de celui qui convient aux *dystrophiques*.

Une difficulté se présente toutefois dans l'exécution de ce plan

hygiénique : la règle est que les obèses anémiques sont peu capables du travail musculaire qui leur serait nécessaire pour conserver leurs forces, pour lutter contre l'envahissement adipeux, pour détruire dans les combustions respiratoires et nutritives une partie de leur surcharge graisseuse, pour en éliminer une autre partie par la sueur. Cette série d'indications sera alors remplie par l'exercice passif aidé de l'hydrothérapie. A la suite de la somme d'exercice actif qui pourra être supporté, on fera pratiquer le massage. A ce mode d'entraînement, on joindra la sudation, non plus provoquée par l'exposition à une température élevée, mais obtenue par l'enroulement dans le drap mouillé des hydrothérapeutes. Enfin, je vous recommanderai, pour ces cas, la faradisation généralisée sous forme de bain, exercice semi passif intéressant toute l'organisation, les appareils viscéraux plus encore que ceux de relation. Pour les gens occupés, n'ayant qu'un temps limité à donner à leur entraînement, pour les valétudinaires, la faradisation généralisée constitue le meilleur moyen de combattre les effets morbides de l'obésité, et peut-être ses causes.

Un trait assez curieux de l'histoire de certains obèses est la facilité avec laquelle ils se refroidissent, au moins dans certaines circonstances, dans le décubitus dorsal notamment. Ce fait ne saurait s'expliquer par la difficulté pour eux de faire de la chaleur avec leur système musculaire, sans quoi on les trouverait « frileux » en toute circonstance malgré la protection d'une couche graisseuse qui ne peut que les garantir contre les écarts de température du milieu. Dans les conditions ordinaires de la vie active, rien n'accuse chez eux cette disposition : on les voit entrer facilement en sueur et paraître incommodés d'une température extérieure élevée que d'autres supportent mieux. Mais

suivez-les dans leur chambre à coucher : vous verrez la plupart supporter dans le cœur de l'été une accumulation de couvertures et d'édredons qui suffirait et au delà en hiver au premier venu. J'ai été très frappé de quelques observations de ce genre qu'il ne m'a pas été donné de poursuivre au delà ; et j'en ai vu assez de cas pour croire que le fait n'est pas exceptionnel. Je n'y vois provisoirement d'explication que par une congestion spinale hypostatique ; mais le mécanisme intermédiaire à cette congestion et à la réfrigération reste tout entier à étudier.

Chez les femmes, l'obésité coïncide, au moins très souvent, avec la stérilité ; mais les conditions de cette stérilité ne sont pas encore connues, non plus que les causes locales, s'il en est, d'une aménorrhée relative qui, chez elles, est la règle.

DIX-NEUVIÈME LEÇON

L'électricité en obstétrique

Avant et après le travail

SOMMAIRE : L'accouchement et les infirmités post-puerpérales. — L'électricité en obstétrique. Historique. — L'électricité et l'ergot.

Avortement. — Accouchement prématuré artificiel. — Inutilité, dans ces deux opérations, de la faradisation utérine. — Son efficacité pour prévenir l'enclavement. — Traitement des hémorrhagies par insertion vicieuse du placenta. — Les essais d'avortement dans la grossesse abdominale.

L'électrisation après le travail. — Faradisation hémostatique. — Amoindrissement des éventualités infectieuses par le retrait provoqué de l'utérus. — Durée de la convalescence des accouchées. On peut et on doit l'abréger.

MESSIEURS,

La surprise qu'accusent quelques-unes de nos malades apprenant qu'elles ont une affection utérine, « alors qu'elles n'ont jamais eu ni couche ni fausse couche, » témoigne d'un préjugé très répandu dans le monde. Beaucoup de gens, en effet, voient dans la parturition le point de départ de tous les désordres ultérieurs de l'appareil génital. Il n'est pas besoin d'être grand clerc pour savoir que c'est là une profonde erreur. Cependant, je crois que chez les médecins même on a de la tendance à exagérer le rôle de la parturition comme cause des maladies utérines qui surviennent après elle; c'est une étiologie commode et qui répond à tout.

Ces réserves posées, il ne faudrait pas tomber dans l'excès contraire, et, sous le prétexte que la grossesse et l'accouche-

ment sont des processus physiologiques, croire que leur influence ne peut être que nulle ou même salutaire.

La vérité est entre ces opinions extrêmes, et il serait difficile de dire de laquelle elle se rapproche le plus, sinon d'une manière absolue, du moins dans un milieu social déterminé. La fréquence des infirmités post-puerpérales chez les femmes de la campagne suffit-elle à établir que tout soit pour le mieux dans les habitudes d'une civilisation plus raffinée? — Ce serait aller trop loin. Ce que nous savons, c'est que la parturition place passagèrement l'utérus dans des conditions où il offre une plus grande surface aux actions offensives, peut-être aussi à quelques actions curatives. Appliquons-nous donc à éviter les premières, à en restreindre le champ d'action, tandis que nous chercherons, si la chose est possible, à utiliser les secondes.

Or, Messieurs, il a été déjà fait beaucoup dans cette voie, et je verrais une grave lacune dans ces leçons si, après avoir traité ici de la thérapeutique des affections communes de l'utérus et de leurs complications, je passais sous silence le chapitre peut-être le plus important de leur prophylaxie.

Pas plus à la campagne qu'à la ville, les femmes ne se trouvent dans des conditions qui permettent de dire que la parturition suive chez elles sa marche *naturelle*. A la campagne comme à la ville, dans les milieux laborieux comme dans les milieux oisifs, nous vivons une vie artificielle; aussi ne devons-nous pas nous préoccuper du reproche de fausser les opérations de la nature lorsque nous intervenons pour corriger ces accidents, qui ne sont pas de son fait. Neuf fois sur dix, l'accouchement est une maladie, légère ou grave; deux fois sur cent, on en meurt; et nous serions impardonnables de

ne pas chercher à corriger les écarts médicaux d'un acte dont les accoucheurs se sont surtout appliqués à résoudre les difficultés chirurgicales.

L'électricité va nous devenir ici d'un puissant secours.

L'introduction dans l'obstétrique des pratiques de l'électrisation a été basée sur la propriété qu'ont les éléments musculaires de l'utérus de se contracter sous l'influence des stimulations de la faradisation. Radford d'abord, puis Cleveland, Houghton, Barnes, et Mackenzie ont vu là un procédé capable d'imprimer plus d'activité à un travail languissant, une ressource dans les cas d'hémorrhagie, et un moyen de faire naître des contractions utérines dans les circonstances où il est indiqué de provoquer un accouchement prématuré.

L'histoire de ces tentatives ne peut être exposée et leur valeur discutée sans qu'on se trouve amené à apprécier comparativement les effets de la faradisation et ceux d'un médicament dont les accoucheurs de tous les pays ont singulièrement abusé en vue de remplir les mêmes indications : il s'agit du seigle ergoté.

Avant la faradisation, l'ergot de seigle avait été employé pour réveiller l'activité jugée insuffisante du travail de l'accouchement ; avant elle, il avait été administré comme hémostatique ; il était enfin depuis longtemps mal connu, mais très connu comme abortif. J'aurai à apprécier, dans ces différents rôles, ce qu'est l'ergot et ce qu'il donne comparé à l'électricité.

On verra que le seigle ergoté ne répond d'une manière satisfaisante à aucune des indications qu'il a été appelé à remplir. Aussi me trouvé-je fort empêché de classer ces indications en

partant de ses propriétés. En pareille matière, l'usage est le seul guide possible : l'ergot reste un médicament qui s'administre *avant*, *pendant*, ou *après* l'accouchement. Aussi est-ce dans ces diverses circonstances que j'examinerai son action; nous la comparerons à celle de la faradisation, qui, vous le verrez, nous donne des résultats bien plus nets et plus efficaces.

Les indications varient d'ailleurs dans ces trois périodes et veulent y être étudiées séparément. Une autre considération, enfin, me conduit à adopter cette division du sujet : la valeur très différente des moyens que nous avons à étudier dans les trois phases de l'accouchement, valeur nulle ou insignifiante dans la première, dans la phase préliminaire, décisive et parfaitement justifiée dans la dernière, dans l'évolution consécutive, encore vague et mal définie dans la phase intermédiaire, c'est-à-dire pendant le travail.

Avant terme, on a essayé l'ergot comme abortif et pour provoquer l'accouchement prématuré.

Je n'ai pas ici à condamner un médicament ou un poison sur cette considération que son administration pourrait favoriser la perpétration d'actes coupables aux yeux de la métaphysique légale. Il me suffit de constater, après les autorités les plus compétentes, que l'ergot n'est pas un abortif, au moins à courte échéance.

Est-ce à dire que l'avortement ne pourrait résulter de son emploi longtemps continué? — *A priori*, rien ne s'oppose à ce qu'on l'admette. Ce qu'on sait de la toxicologie de l'ergot ne paraît cependant pas témoigner dans ce sens; et je ne sache pas qu'on ait noté sur les parois de l'œuf quelques lésions de

la famille des accidents gangréneux observés sur les extrémités dans l'ergotisme. En fût-il ainsi, l'effet de l'ergot demeurerait celui d'un toxique quelconque, capable de rendre malades la mère et l'œuf, et de provoquer la chute de celui-ci si l'intensité des conditions morbides qu'il y réalise est suffisante. C'est un poison, mais non un abortif.

En serait-il autrement de la faradisation? et que peut-elle donner avant le début d'un travail spontané? — Elle provoque, moins aisément qu'à l'état de vacuité de l'utérus, des contractions utérines qu'on peut cependant obtenir faibles, peut-être même rendre énergiques; mais je ne crois pas que ces effets immédiats puissent être aisément dépassés. J'ai autrefois, accidentellement et volontairement, faradisé des utérus gravides, et publié, il y a douze ans, relativement à l'influence sur la parturition prématurée des contractions utérines provoquées, les conclusions de mes observations, à savoir : que les contractions de la matrice ne suffisent pas pour détacher avant sa maturité un œuf sain; et que l'avortement ne saurait reconnaître pour cause qu'une maladie, spontanée ou provoquée, de l'œuf ou de la surface à laquelle il adhère.

Au début de mes essais, j'admettais avec tout le monde que, dans le cas où l'on faradiserait un utérus gravide, on provoquerait l'avortement.

L'expérience ne tarda pas à modifier complètement ma manière de voir à cet endroit. Il m'est arrivé plusieurs fois de méconnaître des grossesses au début et de faradiser les malades sans produire d'accidents. Une fois, dans une grossesse où manquaient tous les signes physiques et fonctionnels, où l'utérus offrait à la percussion une forme tout à fait anormale, la patiente fut faradisée, jusqu'au quatrième mois, un

grand nombre de fois sans que l'avortement ait été produit. Une autre fois, chez une malade dont le bassin était très rétréci, j'ai essayé la faradisation comme moyen abortif : vingt-cinq séances faites du deuxième au quatrième mois n'amenèrent rien ; il fallut procéder au décollement de l'œuf.

Sur neuf cas de faradisation utérine chez des femmes enceintes, je trouve trois avortements : tous trois doivent être attribués à des causes autres que la faradisation de l'utérus. Dans le premier (Obs. 11), un avortement au début d'une grossesse me paraît probable ; mais les circonstances dans lesquelles il se serait produit ne permettent guère de l'attribuer à la séance de faradisation, qui l'avait précédé d'assez loin sans laisser à sa suite aucun malaise. Dans le second cas, il s'agissait d'une femme qui avorta à deux mois ; l'état général de cette malade était si déplorable qu'une grossesse commençante ne pouvait guère être soupçonnée ; le travail commença peu après une séance de faradisation ; mais il faut noter qu'en même temps je faisais des injections intra-utérines de topiques mous qui auront décollé l'œuf. Dans le troisième cas, enfin, une grossesse probable de quelques jours aurait été arrêtée par la pénétration jusqu'au fond de l'utérus d'un excitateur que je continuai à introduire profondément après le redressement partiel d'une antéflexion très prononcée. Ce dernier accident est dû au cathétérisme utérin et non à la faradisation. Celle-ci peut être indiquée chez les femmes enceintes et pratiquée sans danger, à la condition de choisir un excitateur d'un calibre un peu fort et de ne pas l'engager au delà de la cavité du col.

Mes applications ont consisté presque toujours en séances de trois à cinq minutes de faradisation utérine immédiate,

l'excitateur négatif étant engagé dans le canal cervical, l'autre fermant le circuit dans la vessie ou dans le rectum.

J'ai eu occasion, depuis, de voir que ces conclusions, fondées sur des observations poursuivies jusqu'au cinquième mois de la grossesse, pouvaient être très sensiblement exactes jusqu'à la fin de la gestation. Ayant cherché à précipiter le début du travail en provoquant des contractions utérines chez une multipare qu'il y avait lieu de considérer comme arrivée à terme, j'ai pu faire, pendant cinq jours, deux séances de cinq minutes de faradisation médiate par jour, sans obtenir la persistance ou la reprise spontanée des contractions que j'obtenais passagèrement.

N'obtiendrait-on pas le résultat cherché en prolongeant beaucoup la durée des séances? Ce ne serait pas, au moins, chose facile. Barnes l'a essayé : cherchant à provoquer l'accouchement prématuré, il a pu, dans des cas relativement rares, obtenir un commencement de travail ; mais il y consacrait plusieurs séances de une heure à une heure et demie, employant le procédé de Cleveland, qui consiste à maintenir les deux excitateurs appuyés sur chacune des fosses iliaques. De Saint-Germain a poursuivi le même but à l'aide d'excitateurs appliqués sur la région lombaire, de chaque côté du rachis ; dans aucun cas il n'a pu faire naître les contractions utérines alors qu'elles n'avaient pas paru spontanément.

Faut-il ici accuser l'insuffisance du procédé employé? — Je le crois, au moins dans une assez large mesure : la faradisation médiate, en admettant qu'elle suffise à provoquer des contractions manifestes, ce que je crois rare, ne les provoque certainement ni aussi énergiques, ni aussi rapidement que la faradisation immédiate.

Aussi est-ce surtout à mes applications de faradisation immédiate que je me reporte pour conclure que, écartant de la statistique à établir sur ce point les femmes qui font une fausse couche à la suite d'un éternuement, la faradisation, si elle n'entraîne pas les effets toxiques de l'ergot, n'est guère plus que lui capable de provoquer l'avortement ou l'accouchement prématuré.

Il est heureux que la faradisation immédiate d'un utérus gravide ne soit pas une cause d'avortement, car on y trouvera une ressource pour corriger, au début d'une grossesse, des déviations qui pourraient amener l'avortement et exposer plus ou moins sérieusement la mère : elle est, sans contredit, le meilleur moyen de prévenir l'enclavement de l'utérus qui est quelquefois la conséquence d'une rétroversion. L'observation suivante me paraît devoir être interprétée comme un exemple du succès de cette pratique.

Obs. LXXXIX. — Mme L., vingt-cinq ans, lymphatique, mais habituellement bien portante, avait toujours été réglée régulièrement, en quantité convenable et sans douleurs, lorsqu'elle fit, il y a trois ans, une fausse couche à sept mois. Il y a deux ans, nouvelle fausse couche, à cinq mois. Depuis, elle a toujours souffert de douleurs hypogastriques et iliaques gauches, qui disparaissaient dans la position horizontale, pour faire place à un sentiment de gêne et de pesanteur.

Il y a six mois, après une interruption de deux mois, les règles ont reparu, se terminant par une perte. N'y a-t-il pas eu là une troisième fausse couche?

Bien que l'appétit et le sommeil soient conservés, que les garde-robes aient toujours été faciles, l'état général est devenu moins bon. Algie intercostale gauche.

9 juin 1870. Je constate un abaissement avec rétroversion horizontale, rétroflexion et légère latéroflexion gauche. Les dernières

règles ont cessé le 10 avril. Une grossesse me paraît probable; mais les fausses couches autérieures ayant pu être favorisées par la position vicieuse de l'utérus, je me décide à tenter le redressement dans une mesure suffisante pour écarter les chances d'enclavement utérin.

Du 9 au 23 juin, six séances de faradisation vésico-utérine. Cessation de l'algie intercostale et des douleurs abdominales; marche plus facile. Le 23 juin, le corps de l'utérus est plus nettement globuleux; le col s'est ramolli et ouvert; la flexion s'efface, et, chose plus importante, la rétroversion a notablement diminué. Le redressement me paraît suffisant pour conjurer les éventualités fâcheuses, et je renvoie Mme L., la priant de venir, de loin en loin, me faire constater son état.

23 août. L'utérus, très élevé, se distend librement; la rétroversion est impossible à constater. La grossesse se poursuit dans de bonnes conditions, sans entraîner d'autres inconvénients qu'un peu de fatigue générale et de la gêne dans la miction qui est suivie de douleurs sourdes.

Le 1er décembre 1870, Mme L. accouche, un peu avant terme, mais sans souffrances préalables ni accidents consécutifs, d'un enfant bien constitué, qui, sans avoir été malade jusque-là, succombe rapidement, à 3 mois, à des accidents cérébraux.

Le 3 mai 1872, Mme L. accouche à terme d'un enfant bien portant.

Bien que la grossesse chez les femmes affectées de rétroversion ou de rétroflexion n'aboutisse pas fatalement à produire l'enclavement, je n'hésiterais pas, au début d'une grossesse se présentant dans ces conditions, à faire quelques séances de faradisation vésico-utérine.

Je vous signalerai, sans y beaucoup insister, — faute d'une sanction pratique, — la proposition faite à diverses reprises d'arrêter le développement de l'œuf dans les grossesses extra-utérines en le tuant par une décharge électrique. Je ne sache pas que ce moyen ait été employé.

La prétention, qu'on a émise, d'y arriver par des décharges localisées sur la paroi abdominale ou sur celle-ci et la région lombo-sacrée n'est pas admissible: on fatiguerait beaucoup la mère sans faire aucun mal à l'œuf.

On obtiendrait davantage de décharges d'induction d'assez haute tension localisées par un excitateur rectal, l'autre excitateur agissant par la vessie. Vous savez que les courants de haute tension impressionnent très modérément la sensibilité splanchnique, tandis qu'ils agissent vivement sur la sensibilité cérébro-spinale. La localisation viscérale que je vous indique ici agirait infiniment moins sur la mère et beaucoup plus sur le fœtus. Je doute cependant que des décharges de cette nature soient suffisantes pour arrêter à coup sûr le développement de l'œuf.

Restent les décharges localisées par une ou deux galvanopunctures abdominales. Celles-ci pourraient être efficaces; mais leur exécution ne serait pas sans de grandes difficultés, et partant sans dangers, à une époque rapprochée du début de la grossesse.

Plus tard, alors que l'œuf a pris un grand développement, je n'hésiterais pas à le considérer comme un kyste uniloculaire et à l'attaquer par la cautérisation tubulaire, créant une fistule dont l'orifice, susceptible d'être agrandi par des agents de dilatation douce, permettrait de reproduire le mode de guérison spontanée le plus désirable.

On aura, pendant la grossesse, à recourir à l'électricité pour remédier à la plupart des accidents algiques ou convulsifs qui la rendent si souvent laborieuse. En dehors des affections intercurrentes de nature septique, j'évite systématiquement, chez

les femmes gravides, l'emploi des agents médicamenteux toutes les fois que ceux-ci peuvent être remplacés par des moyens hygiéniques et des médications physiques, — électricité, hydrothérapie, cinésie : — on ne doit pas droguer légèrement *la mère et l'enfant.* Mais je ne vous rappelle qu'en passant ces applications qui n'ont pas de rapports avec le fait de la parturition, qui seul nous occupe ici.

Nous venons de voir la faradisation impuissante à provoquer l'avortement, très difficilement capable de décider l'accouchement prématuré ; nous ne l'avons jugée utile que pour corriger, vers le début de certaines grossesses, les attitudes vicieuses de l'utérus qui pourraient les rendre exceptionnellement pénibles ou même les empêcher de suivre leur cours. Quant à l'intervention dans la grossesse extra-utérine, elle est encore à discuter avant qu'on puisse la régler. En somme, les manœuvres où intervient l'électricité *avant le travail* de l'accouchement n'ont pas trouvé les accoucheurs au dépourvu, et les contributions qu'elle nous fournit ne sont pas de nature à opérer une révolution dans les pratiques suivies durant cette phase préliminaire.

Après le travail, il en est tout autrement.

Ici, l'électricité remplit mieux qu'aucun autre moyen certaines indications urgentes, en même temps qu'elle permet de réaliser des conditions de convalescence inconnues à ceux qui ne l'ont pas vu appliquer, conditions telles qu'on ne devrait jamais terminer un accouchement, même naturel et facile, sans y recourir. Lorsque les pratiques électrothérapiques, desquelles, alors que je faisais des accouchements, je ne me suis jamais

abstenu qu'en présence d'empêchements absolus, auront passé dans l'usage, les cas d'affections utérines imputables au fait de la parturition deviendront infiniment rares.

Après l'accouchement, nous retrouvons encore, parmi les interventions classiques, l'administration de l'ergot qui peut enfin trouver ici une raison d'être : en favorisant le retrait de l'utérus, on doit diminuer les chances d'hémorrhagie. Provoque-t-on ainsi un retrait suffisamment prononcé, et le provoque-t-on assez rapidement ? Toute la question de la valeur hémostatique de l'ergot est là. Or, de l'avis de ses partisans, de l'avis de Denham notamment, l'ergot est un hémostatique lent à opérer, tout à fait insuffisant dans les cas graves.

Nous avons heureusement dans la faradisation un moyen d'hémostase énergique et dont l'action ne se fait pas attendre. Radford est, je crois, le premier qui en ait fait usage dans ces conditions. Pour ma part, j'ai eu fort à m'en louer ; elle m'a notamment donné un résultat immédiat et complètement satisfaisant dans un cas où l'effet de l'ergot, en lui supposant même une portée qu'il n'eût pu avoir, se fût produit trop tard.

Obs. XC. — Mme R., vingt-deux ans, primipare, créole grande et forte, d'une belle constitution.

15 avril 1864. Malaises et douleurs rares depuis la veille. Commencement du travail à cinq heures du matin. Dilatation régulière, lente, sans obstacle, complète vers dix heures du soir. Position occipito-iliaque droite postérieure.

A dix heures, rupture de la poche des eaux avec l'ongle. Il ne s'écoule pas un demi-verre de liquide.

Le travail continue, lent d'abord, très rapide ensuite. Une forte douleur dégage la tête. A la suivante, le fœtus est littéralement craché.

Puis, absence de douleurs pour expulser le placenta. Hémorrhagie médiocre. Faradisation sacro-hypogastrique de 3 minutes ; arrêt de l'hémorrhagie.

Trois heures et demie après l'expulsion du fœtus, douleurs expulsives intenses et sortie d'un placenta énorme. Métrorrhagie en jet extrêmement abondante. Cinq minutes de faradisation sacro-utérine, en employant comme excitateur utérin une olive rectale : arrêt complet et définitif de l'hémorrhagie.

Dans le numéro du 20 septembre 1874 de la *Gazette obstétricale,* se trouve une observation de Mme Junck, dans laquelle la faradisation sacro-utérine fut appliquée avec un succès presque aussi prompt dans un cas où la délivrance artificielle, les frictions, le seigle ergoté, l'eau froide et la compression de l'aorte étaient restés sans effet. Je ne doute pas qu'en présence d'un cas pareil, les médecins témoins de ce fait ne commencent dorénavant par où Mme Junck a si bien fini.

Dans les hémorrhagies légères, et lorsque la faradisation est employée comme agent modéré de rétraction utérine, en vue de prévenir l'hémorrhagie, je place l'excitateur positif sur la région lombaire, et le négatif immédiatement au-dessus du pubis. Dans les hémorrhagies graves, laissant toujours le bouton positif sur les lombes, j'emploie comme excitateur négatif une forte olive engagée dans l'utérus même. Séance de trois minutes; de cinq au plus, lorsque l'utérus est peu contractile.

L'insuffisance de l'excitation médiate et la supériorité de l'excitation immédiate dans les hémorrhagies graves est mise en évidence par l'observation suivante, intéressante encore à d'autres points de vue.

Obs. XCI. — M. D., trente-trois ans, domestique, maigre et d'une santé habituelle médiocre; 5 couches et une fausse couche antérieures, qui n'ont offert aucune particularité à noter. En 1875, grossesse gémellaire qui se passe bien et aboutit le 7 janvier 1876, un

peu avant terme. Un premier fœtus, masculin, est expulsé à 3 heures 45 minutes du soir ; un second, féminin, à 7 heures 15 minutes.

Ces produits sont très petits ; le premier vivra six semaines seulement ; le second est très bien portant au bout de sept ans. Pendant les trois heures et demie qui séparent les deux parturitions, il n'y a pas d'hémorrhagie appréciable.

Après la sortie du second enfant, je suis obligé de m'occuper de celui-ci : rien n'a été préparé, et je n'ai sous la main qu'un mari plus gênant qu'utile. A 7 h. 40, quand je reviens à l'accouchée, je constate une hémorrhagie assez forte, que modèrent à peine quatre séances de cinq minutes de faradisation sacro sus-pubienne, pratiquées dans l'intervalle d'une heure et quart avec un appareil un peu faible. J'envoie chercher une sonde vésicale, n'ayant pas sous la main mon excitateur utérin obstétrical.

A 9 h., faradisation abdomino-utérine avec l'excitateur vésical. Arrêt immédiat de l'hémorrhagie. Légère reprise au bout d'une demi-heure. Nouvelle séance; l'hémorrhagie est arrêtée définitivement. Mais la perte a été très considérable, et la malade est exsangue ; elle ne voit plus; bourdonnements d'oreilles ; soif vive.

Je fais donner, par cuillerées et alternativement, du bouillon froid et du vin pur ; il sera bu un litre de chaque dans la nuit. En même temps, toutes les demi-heures, un verre à liqueur d'une potion avec un centième de teinture de digitale.

A 11 heures, des tractions légères sur les cordons n'ayant provoqué aucun effort d'expulsion, la malade étant épuisée, je ramasse les cordons dans une compresse et surseois à la délivrance. La nuit se passe bien, à boire et à dormir.

Le lendemain 8, au matin, un peu moins d'affaissement; pas de fièvre. Légères tractions sur les cordons, sans résultat. Prescription : deux côtelettes pour déjeuner, continuation du vin pur, du bouillon et de la potion à la digitale ; injections vaginales phéniquées. A 4 heures du soir, il survient de la fièvre ; rien de nouveau du côté de l'utérus. A dix heures du soir, fièvre intense, peau chaude, sèche, pouls à 130. Traction sur les cordons, sans résultat ; le placenta est engagé. Douleurs « comme des coups de couteau » dans les reins ; frissons. Je ne sais pourquoi je n'ai pas donné alors une potion chloralée ; c'eût été le lieu de le faire.

9. Vers deux heures du matin, le placenta arrive à la vulve sans douleurs ; il peut être extrait par des tractions douces ; il ne s'écoule pas une goutte de sang. Ce placenta est unique ; sa surface est lisse, à peine humide ; son volume est énorme : il remplit jusqu'à 5 cen-

timètres des bords un très grand vase de nuit ; il faut, pour l'y remplacer, un peu plus d'un litre et demi de liquide.

La délivrance avait eu lieu trente-une heures après la sortie du dernier enfant, trente-cinq après celle du premier.

9. 10 heures du matin. La délivrance a été suivie d'un bon sommeil. Les vertiges ont cessé. Pouls à 95. A 10 h. du soir, grand mieux; pouls à 100. Faradisation abdomino-utérine ; continuation du vin, du bouillon et de la potion de digitale ; celle-ci toutes les heures seulement.

10. Faradisation abdomino-utérine. Aliments solides; continuation de la digitale. — 6 h. du soir, pouls à 114, fièvre pendant la première moitié de la nuit.

11. A dix heures du matin, pouls à 100. La malade se lève, se trouve bien d'abord, faible ensuite. Fièvre dans l'après-midi, qui cesse à sept heures du soir. Nuit bonne.

12. Bien; pouls à 96. La malade se lève. Les forces reviennent progressivement, et l'accouchée reprend son service le 22.

Trois ans après, M. D. se plaignant de pesanteur utérine et de douleurs de reins, je constatai une rétroflexion avec fibrome interstitiel de la face postérieure du corps. 4 séances de faradisation utérine eurent raison de tous les phénomènes subjectifs.

J'ai examiné cette malade ces jours derniers : l'utérus s'est élevé un peu ; l'empâtement péri-utérin est nul ; on sent distinctement une rétroflexion avec brisure ; la face postérieure est à côtes, mais la tumeur n'a certainement pas augmenté depuis quatre ans. La malade se trouve tout à fait bien depuis les faradisations de 1877, bien qu'elle n'ait jamais interrompu depuis un service fort actif.

Dans ce cas, comme je vous le disais précédemment, la faradisation immédiate, avec un pôle engagé dans l'utérus, s'est montrée manifestement plus efficace que la faradisation médiate, par excitateurs abdominal et lombaire.

En présence de la rétention du placenta, j'éprouvai, je l'avoue, une assez grande anxiété. Après avoir échappé à la mort par hémorrhagie, ma patiente allait-elle succomber à des accidents septiques? Je m'abstins cependant d'exercer des tractions sur les cordons pour plusieurs raisons : 1° la malade était tellement

affaiblie que le moindre ébranlement me paraissait pouvoir lui être fatal, or la délivrance représentait, dans ces conditions, une épreuve redoutable ; 2° la délivrance provoquerait, c'était infiniment probable, au moins une petite reprise d'hémorrhagie qui serait presque inévitablement funeste ; 3° enfin, il n'était pas démontré que les tractions dussent aboutir, qu'elles n'amèneraient pas la rupture d'un des cordons, très grêles, ou des deux, ou une déchirure placentaire, et j'aimais mieux abandonner dans l'utérus un placenta complet et intact qu'un placenta déchiré. Je crois que l'alimentation un peu forcée, que l'usage du vin pur à haute dose, que la digitale enfin ont contribué à éviter des complications septiques ou inflammatoires auxquelles la perte de sang constituait à mes yeux une grande prédisposition. Je vous ai indiqué en passant le regret que j'aurais eu, si les choses avaient moins bien tourné, de n'avoir pas alors donné du chloral, — 2 ou 3 gr. en deux ou trois fois à intervalles de demi-heures. Le chloral était indiqué comme hypnotique et comme antiseptique, — vous le savez, — il l'était encore comme ocitocique, ainsi que j'aurai bientôt occasion de l'établir.

La faradisation utérine pratiquée immédiatement après l'accouchement offre encore un avantage qu'on ne saurait trop apprécier : celui d'amoindrir les éventualités d'infection puerpérale.

J. Guérin avait, dès 1858, recommandé l'usage du seigle ergoté après l'accouchement, non pas seulement comme hémostatique, mais comme capable, en favorisant le retrait de l'utérus, de diminuer les chances d'infection puerpérale. C'est là une indication dont la valeur est difficile à vérifier, comme il arrive

nécessairement pour les choses de la prophylaxie. A défaut de preuves absolument concluantes, on pourrait cependant arriver ici à se faire, à l'endroit du retrait provoqué de l'utérus pour conjurer les complications ultérieures, une opinion fondée sur de grandes probalités. M'étant attaché à remplir les mêmes indications par la faradisation, j'écrivais à ce sujet en 1871 : « Depuis dix ans, je n'ai pas fait un accouchement sans le terminer par une séance ou deux de faradisation sacro-sus-pubienne, ou même sacro-utérine, afin d'écarter les chances d'hémorrhagie. Je me suis demandé si, en même temps, on n'atténuait pas les chances d'infection puerpérale en modifiant les conditions physiques qui peuvent la favoriser. De ce qu'aucun accident de ce genre ne m'est arrivé, je n'irai pas conclure à l'efficacité prophylactique du moyen ; mais c'est une question qu'il serait très intéressant et très facile de résoudre dans les cliniques obstétricales, où le grand nombre des sujets donnerait à une expérimentation parallèle la valeur d'épreuves comparatives. »

En dehors de l'épreuve clinique faite dans des conditions comparatives en temps d'épidémie, ou de l'accumulation des observations pendant un grand nombre d'années, on ne peut faire valoir, à l'appui de ces conclusions, que leur caractère éminemment rationnel.

Or, on admet plus que jamais, et cela sur une expérience qui commence à avoir la valeur d'une preuve, que les surfaces traumatiques sont au moins la porte principale ouverte aux accidents infectieux. N'est-ce pas, dès lors, prendre une des meilleures précautions contre ces accidents que hâter la diminution d'étendue de cette surface, en même temps qu'on en change la nature en y faisant cesser la béance des vaisseaux et accélérant le

retour à leur constitution normale des tissus sous-jacents congestionnés ? — La réponse ne peut être douteuse pour qui a vu la prodigieuse réduction de quantité et de durée des lochies lorsqu'on a recours à la faradisation post partum.

Je vous recommanderai seulement, à l'endroit des manœuvres que je viens de vous signaler, un surcroît de précautions, encore inconnues à l'époque où je faisais de l'obstétrique. Nous avions bien soin de ne nous servir que d'instruments soigneusement nettoyés ; ce nettoyage doit se faire aujourd'hui avec des liquides antiseptiques, et c'est d'huile ou de vaseline légèrement phéniquée qu'on se servira pour leur introduction.

En dehors des éventualités d'infection puerpérale, il est enfin avantageux d'abréger la convalescence des accouchées.

Combien doit durer cette convalescence ? — Les opinions sont, sur ce point, peu concordantes ; et ce n'est pas sur des vues d'ordre médical qu'est basé l'usage.

Après l'accouchement, on fait garder le lit. La malade en a tout d'abord un besoin impérieux; mais combien de temps faut-il prolonger ce repos horizontal ? — On a dit qu'il était bien de le faire durer jusqu'à ce que l'utérus eût complètement effectué son retrait. *A priori*, c'est beaucoup: au début du retrait, alors que la matrice est encore très volumineuse et molle, il est sans doute avantageux de ne pas l'exposer à des cahots et de ne pas imposer à ses attaches relâchées un travail de sustentation exagéré, peu propre à faciliter la reprise de leur ressort. Mais un moment arrive où, le retrait étant encore incomplet, il est suffisant néanmoins pour que les inconvénients que je viens de vous rappeler soient assez atténués pour permettre un exercice

favorable, quand il n'est pas poussé à l'excès, à une activité des phénomènes circulatoires qui devient un facteur important, une condition nécessaire même du rétablissement total.

On n'attendra donc pas, pour laisser lever la patiente, un retrait que les uns déclarent complet au bout d'un mois, les autres au bout de six semaines, et que je ne crois parfait, dans les conditions moyennes, qu'au bout d'un temps beaucoup plus long. Si l'on devait attendre le retrait complet, — qui souvent n'a jamais lieu, et qui jamais n'a lieu au lit, — on ne laisserait plus lever les accouchées.

L'usage est plus net. En France, d'après lui, les pauvres gens doivent garder le lit neuf jours; les bourgeoises aisées, de deux à trois septenaires; les femmes riches, de six semaines à deux mois. En Angleterre, où les nouvelles accouchées étaient récemment encore laissées couchées plus longtemps que chez nous, les mœurs obstétricales tendent à se transformer, et les convalescences écourtées sont à la veille de devenir la règle. L'expérience des femmes de la campagne, qui gardent à peine le lit après leurs couches, montre toutefois qu'on ne saurait impunément supprimer sans précautions cette période de repos : il en est peu chez lesquelles des dévastations utérines importantes ne témoignent des inconvénients graves de l'incurie absolue.

Or la faradisation utérine permet de trancher *tuto* et *cito* la question, en réalisant extemporanément les conditions les plus favorables à une prompte convalescence. Aux malades, qui ont été faradisées aussitôt après la délivrance, on fait une première toilette après laquelle elles prennent du repos d'abord, de la nourriture ensuite. La faradisation sera, suivant les cas, répétée de deux ou trois à cinq ou six jours de suite ; moyen-

nant quoi on peut permettre aux malades de toujours quitter le lit pour uriner et faire leur toilette, de se lever le troisième jour, et de sortir le quatrième. Dès le quatrième jour, la règle était, au moins l'été, que je fisse la séance de faradisation non plus chez les malades, mais chez moi.

Je vous ai rapporté plus haut l'observation d'une malade qui, après une couche des plus graves, avait pu reprendre son travail au bout de quinze jours; je vous donnerai, dans la prochaine leçon, des exemples de retour au travail le cinquième jour, et cela chez des sujets que je vous signale parce qu'il m'a été donné de les suivre, et que depuis plusieurs années leur état utérin se maintient satisfaisant, malgré des hystéropathies antérieures.

La faradisation utérine doit donc être pratiquée aussitôt après la délivrance, et répétée tous les jours pendant cinq ou six jours, après lesquels les femmes qui vivent de leur travail peuvent s'y livrer sans inconvénient. Après les couches difficiles, Apostoli, qui s'est le plus adonné à la faradisation obstétricale depuis ces dernières années, fait deux séances par jour, au moins durant les premiers jours, et s'en loue.

Peut-être est-il plusieurs conditions qui font perdre le bénéfice des manœuvres que je viens de vous recommander; je n'en connais encore qu'une, déjà rencontrée comme obstacle à la résolution des fibromes utérins: la fièvre intermittente arrête le retrait spontané de l'utérus après les couches, et rend illusoires ou au moins amoindrit beaucoup les résultats des tentatives qui ont pour objet de déterminer l'involution par des contractions provoquées.

Ce que j'ai été à même de constater pour la fièvre intermittente

se produirait vraisemblablement aussi dans les cas d'une affection quelconque accompagnée d'un appareil fébrile.

La facilité de se lever le troisième jour d'une couche et de reprendre ses occupations le surlendemain ou trois jours après paraîtra sans doute tout d'abord aux gens de loisir un bénéfice médiocre ; il est un autre côté par où le bénéfice de la convalescence abrégée peut les toucher.

Le lever précoce, alors, bien entendu, qu'il est légitimé par les manœuvres dont je vous entretiens, a le mérite très grand de diminuer les chances de certaines déviations consécutives, notamment des rétroversions et des rétroflexions.

C'est une opinion accréditée par les médecins que les grossesses guérissent les déviations. Vous savez à quoi vous en tenir sur cette défaite, qui, à moitié vraisemblable en théorie, sert d'échappatoire vis-à-vis de presque toutes les femmes non gravides dont on traite les infirmités par l'expectation. Il est infiniment rare qu'une grossesse corrige ou même atténue une déviation, qu'elle opère le redressement d'une flexion. Cela deviendrait, au contraire, assez commun si l'on prenait le soin de diriger, en l'activant, le retrait de l'utérus, alors que l'organe est encore volumineux et flasque.

N'existât-il pas antérieurement de déviation, on éviterait ainsi celles qui se produisent par suite du retrait trop lent d'un organe mou, s'effectuant pendant un décubitus dorsal trop prolongé. La longueur exagérée des convalescences me paraît devoir être regardée comme la cause principale de ces rétroversions et rétroflexions qui, relativement rares chez les nullipares, sont communes chez les femmes qui ont eu des enfants.

Les indications de la faradisation après le travail qui viennent de vous être exposées me semblent, Messieurs, tout à fait nettes et précises, et je ne vois pas en thérapeutique de pratique plus rationnelle d'abord, plus justifiée par les faits ensuite. Ma conviction est que, d'ici quelques années, quand ces notions se seront répandues, on considérera comme gouvernée sans prudence une parturition qui n'aura pas été terminée de cette façon.

L'électricité a-t-elle un rôle à jouer *pendant* le travail ? — C'est ce que nous examinerons dans la prochaine leçon.

VINGTIÈME LEÇON

L'électricité en obstétrique
Pendant le travail

SOMMAIRE : La faradisation est expérimentée d'abord comme succédané de l'ergot. — Son innocuité et sa valeur générale comme ocitocique. — Procédés. — Insuffisance des indications spéciales de son emploi.
De l'inertie utérine. — Son mécanisme : inertie cérébrale et inertie spinale. Le chloral. — Inertie musculaire. Contre-indication générale des ocitociques chez les primipares.

MESSIEURS,

Dans la dernière leçon, nous avons examiné quels services pouvait rendre l'électrisation avant et après le travail de l'accouchement.

L'histoire des applications consécutives à la parturition me paraît faite, au moins pour celles que nous avons examinées. L'efficacité hémostatique de la faradisation, son rôle préventif des septicémies puerpérales et de nombre d'hystéropathies ultérieures sont parfaitement établis; les indications sont précises; les moyens de les remplir bien définis.

Avant le travail, nous avons noté, vers le début de la grossesse, l'utilité de la faradisation vésico-utérine pour prévenir l'enclavement de l'utérus dans les cas où il menace de se produire ; à une époque rapprochée de la fin de la gestation, l'utilité probable de la faradisation utérine immédiate pour arrêter les hémorrhagies dépendant d'une insertion vicieuse du placenta; à toute période de la grossesse abdominale l'opportunité

d'arrêter le développement de l'œuf par des procédés encore à déterminer, et de favoriser l'évacuation de son contenu par des voies à créer au moyen de la cautérisation tubulaire. Aux dernières de ces applications, la sanction de l'expérience fait défaut; je n'ai pu fournir de la première qu'une observation qui me paraît établir la très grande probabilité de son efficacité, mais à laquelle on peut objecter qu'on ignore comment les choses se fussent passées si l'évolution de la grossesse eût été abandonnée à elle-même. Le chapitre des applications de l'électricité avant le début du travail de l'accouchement reste donc en grande partie à faire, en supposant même qu'il doive être limité aux indications que je viens de vous rappeler.

La recherche des applications électriques que pourraient indiquer les vicissitudes ou les anomalies du travail de l'accouchement nous rejette dans le vague, au moins dans un vague relatif. C'est à le dissiper dans la mesure autorisée par l'état actuel de nos connaissances, à rechercher et à classer les indications, que je compte consacrer la leçon d'aujourd'hui.

Lorsqu'il y a neuf ans, une question de police portée devant l'Académie de Médecine de Paris fit mettre incidemment en discussion les mérites de l'ergot, bien des gens durent être vivement surpris, et les idées de la masse des praticiens à l'endroit des indications de ce médicament durent se trouver singulièrement dérangées. On aurait pu croire, d'après les termes de la discussion, que personne n'avait jamais songé à employer l'ergot *pendant le travail.*

Or, si l'on interroge à ce point de vue les femmes qui passent dans nos dispensaires, on peut voir que deux sur trois au moins ont pris de l'ergot *pendant* le travail. C'est, en effet, surtout pen-

dant le travail qu'on l'emploie ; mais comme on agit, en cela, plutôt en vertu d'un usage que d'une opinion réfléchie, on cesse de l'avouer du moment qu'on est mis en demeure de justifier cette pratique banale. Aussi la proscription formulée par M. Blot à l'endroit de l'administration de l'ergot pendant le travail a-t-elle pu surprendre tout le monde sans soulever la moindre réclamation.

L'administration de l'ergot pendant le travail est donc la règle, non seulement chez les sage-femmes, qu'on avait mises en cause, mais chez les médecins. C'est cet usage, aussi répandu en Angleterre que chez nous, que visait Radford, lorsqu'en 1853, faisant valoir dans *The Lancet* les mérites de la faradisation, il établissait surtout un parallèle entre elle et l'ergot.

« 1° L'électricité, disait-il, détermine des contractions plus énergiques que le seigle ergoté. — 2° Elle provoque les contractions instantanément, tandis que le seigle ergoté n'agit qu'au bout d'un temps plus ou moins long. — 3° On peut mieux limiter l'influence de l'électricité. — 4° Les contractions déterminées par l'électricité sont normales et agissent plus énergiquement pour l'expulsion de l'enfant, tandis que celles déterminées par le seigle ergoté sont moins naturelles et amènent souvent une contracture qui met la vie de l'enfant en danger. »

A ces considérants, Radford en ajoute deux qui n'offrent ici qu'un intérêt accessoire :

« 6° L'électricité peut être employée conjointement avec tout autre moyen thérapeutique. »

Sur ce point, je ferai une réserve : les effets de l'électricité sont considérablement amoindris par l'usage des préparations d'opium. Je n'ai pas eu à examiner la belladone.

« 5° Le seigle ergoté peut, d'après Ramsbotham, Wright et

Barnes, après son absorption par la mère, pénétrer également dans la circulation du fœtus; et ces auteurs citent quatre observations où, après l'administration du seigle ergoté à la mère, les enfants périrent par contracture musculaire quelques heures après leur naissance. »

Cette action a été niée; cependant J. Denham, qui, il y a quelques années, s'était vis-à-vis de la Société obstétricale de Dublin, constitué l'avocat de l'ergot, le croit dangereux dans les accouchements lents parce qu'il expose le cordon à une compression soutenue.

Radford et d'autres après lui ont donc employé la faradisation comme ocitocique, la pratiquant pendant le travail; mais nous ne sachons pas qu'aucune publication ait été faite de cette expérimentation sommaire, ni qu'aucune indication définie en ait été tirée. Le seul témoignage à retenir, à son endroit, est la constatation de l'innocuité générale de la manœuvre.

Les tentatives des médecins anglais ont été reprises chez nous, sur une large échelle, par Saint-Germain.

Toutes les fois que le travail étant commencé, et les douleurs se succédant régulièrement et périodiquement tous les quarts d'heure environ, il a faradisé la région lombaire par deux excitateurs, il a vu, au bout d'un temps très court, une activité nouvelle se manifester dans les contractions utérines, et les douleurs se rapprocher rapidement.

Les contractions provoquées étaient plus longues et plus douloureuses que les autres.

La dilatation du col a paru marcher constamment avec rapidité sous l'influence de la faradisation.

Dans tous les cas observés, l'expulsion du placenta aurait suivi immédiatement celle de l'enfant.

Dans aucun cas, l'enfant n'a paru souffrir des effets de l'électricité, bien qu'il ait accusé souvent, par des mouvements manifestes, sa sensibilité à l'action des courants.

Toutes les femmes, enfin, chez lesquelles a été appliqué ce procédé ocitocique, l'ont parfaitement supporté; leurs accouchements très rapides n'ont donné lieu à aucun accident, et les suites en ont été très heureuses.

Bien que, dans le résumé qu'il a publié de ses expériences, Saint-Germain parle de *la pile, du courant*, de la *galvanisation*, il est évident que c'est à l'électricité d'induction qu'il avait recours.

Avant d'aller plus loin, notons les procédés employés :

Radford applique un excitateur sur la paroi abdominale, au niveau du fond de l'utérus, et l'autre au col lui-même, au moyen d'une sonde vaginale.

Cleveland a appliqué les deux excitateurs extérieurement, sur l'abdomen. Barnes procède de même.

Mackenzie applique l'excitateur positif à la nuque; le négatif, au col de l'utérus.

Engageant encore le négatif dans l'utérus, je couchais d'abord la femme sur le positif, appliqué, sous forme de plaque, sur la région lombaire; depuis, j'ai trouvé plus commode de fermer le circuit, comme Radford, par un large excitateur abdominal; je ne saurais dire actuellement lequel donne les meilleurs résultats.

Saint-Germain place ses deux excitateurs sur les lombes.

Le procédé de Cleveland est peu propre à provoquer des contractions.

Je ne saurais me prononcer sur celui de Saint-Germain, que je n'ai ni appliqué ni vu appliquer, que d'après les conclusions de son travail et les indications données dans les thèses de quelques-uns de ses élèves : ces témoignages lui sont favorables et font désirer qu'il soit expérimenté comparativement avec la faradisation utérine immédiate, à laquelle il devrait être préféré s'il donnait les mêmes résultats.

Apostoli (*Annales de Gynécologie*, 1881) paraît préférer, pendant le travail, la faradisation sacro-sus-pubienne.

Il est bien entendu que, s'il survenait une hémorrhagie, c'est aux procédés de faradisation immédiate, le pôle négatif engagé dans l'utérus, qu'il conviendrait de recourir.

Toutes les relations d'applications de la faradisation pendant le travail présentent une même lacune. Elles établissent l'innocuité et peut-être l'utilité générale de cette pratique, mais laissent intacte la question de son utilité spéciale, des indications qu'elle peut être appelée à remplir. C'est en vue d'accélérer le travail, en masse plutôt peut-être qu'à un moment donné, qu'on a eu recours à l'électricité; c'est comme ocitocique général qu'elle a été employée, après et d'après le seigle ergoté. On peut déjà conclure des observations faites que le procédé est inoffensif, et qu'il est efficace pour hâter l'accouchement. Ces raisons suffisent pour faire prévoir qu'il restera; mais jusqu'ici on n'a insisté que sur sa supériorité sur le seigle ergoté, et ce n'est pas là une recommandation suffisante. Les indications du seigle pendant le travail n'existent pas ou doivent être remplies par d'autres moyens; où sont celles de la faradisation? Si nous les entrevoyons, c'est bien confusément.

Quoique je n'aie pu encore arriver à me faire sur ce point

une opinion bien arrêtée, j'ai eu une occasion de me poser la question, et peut-être d'entrevoir quelques indications et contre-indications. Voici la relation du fait; elle est d'ailleurs intéressante à plusieurs égards.

Obs. XCII. Mme N., âgée de trente-sept ans, tempérament lymphatico-nerveux, toujours bien portante malgré cela, a eu, à vingt-sept ans, une première couche sur laquelle elle ne peut me donner aucun renseignement qui soit à noter.

Dix ans après, survient une seconde grossesse, vers le début de laquelle on fait prendre à Mme N., à l'occasion d'un eczéma humide regardé comme scrofuleux, de l'iodure de potassium pendant près de deux mois, à la dose d'un gramme par jour. Je me demande ici, pour n'avoir pas à revenir sur cette question, si c'est à cet usage de l'iodure de potassium, continué de la fin du premier mois jusque vers la fin du troisième, qu'il faut attribuer une absence qui parut complète du liquide amniotique, et la taille un peu petite d'un enfant d'ailleurs bien vivace.

La grossesse ne fut traversée par aucune incommodité, et n'offrit d'exceptionnel que l'absence de tout malaise gastrique vers son début.

En touchant la patiente, vers la fin du huitième mois, je crus, au fond d'un col presque complètement effacé, sentir un coude. L'impossibilité d'entendre les bruits du cœur fœtal me fit admettre, sous toutes réserves, une présentation céphalo-iliaque (droite ou gauche, je n'en sais rien), dos en avant. Des examens plusieurs fois répétés ne m'ayant pas conduit à compléter ou à modifier ce diagnostic, je songeai à tenter la version par manœuvres externes, et donnai un quart d'heure par jour à des manipulations qui restèrent sans succès du 25 juillet au 5 août 1873. Enfin, le 5 août, j'eus la satisfaction de trouver, en arrivant, une présentation du sommet, occipito-iliaque gauche postérieure.

Début d'un travail le 7, vers six heures du soir. Trois heures après, les douleurs cessent : l'orifice avait le diamètre d'une pièce de 20 centimes, sans que le col, d'ailleurs parfaitement mou, fût effacé. Une nuit de bon sommeil qui n'est interrompu par aucune douleur.

Le 8, légère reprise, vers le soir; même résultat. Bonne nuit.

Le 9, au matin, retour des douleurs, qui se succèdent de demi-

heure en demi-heure toute la journée. L'orifice a le diamètre d'une pièce d'un franc; le col est encore mal effacé.

J'étais arrivé avec un flacon de chloroforme, que je n'ai encore jamais employé comme anesthésique, mais comme ocitocique toutes les fois que le travail me semble arrêté par un excès d'action cérébrale entraînant de l'inertie spinale.

Était-ce le cas chez ma malade? — Non. Ce col mou, se laissant dilater sans s'effacer, et la promptitude avec laquelle la fatigue suivait un travail qui augmentait à peine la dilatation, laissant celle-ci diminuer après les premiers efforts, indiquaient une inertie spinale primitive.

De ce chef, surgissaient les indications de deux lignes de conduite possibles : 1° Ou bien remplacer le travail naturel qui faisait défaut par un travail artificiellement provoqué; — la faradisation permettait de le tenter; 2° Ou bien déterminer dans le travail des entr'actes assez longs pour permettre à la malade de se reposer. Peut-être y arriverait-on à l'aide du chloral.

J'essayai des deux moyens: du premier avec beaucoup de réserve; du second, avec l'incertitude d'un résultat qui se montra tout à fait satisfaisant.

Le 9 au soir, après une journée de douleurs se succédant seulement toutes les demi-heures, la dilatation étant insignifiante, le col mal effacé, et la patiente très fatiguée, je pensai qu'au lieu de précipiter le travail par l'anesthésie chloroformique ou par la faradisation à longues séances, il serait préférable de procurer du repos à la malade. Je donnai, pour cela, 2 grammes de chloral dans 50 grammes de sirop d'écorce d'orange. Les douleurs ne reparurent plus qu'une fois, faibles ; bientôt après, Mme N. s'endormit pour ne se réveiller que le lendemain au jour, bien reposée.

Les douleurs reprirent alors, tous les quarts d'heure ou toutes les dix minutes, sur un col qui s'était à peu près refermé. Le moment me parut venu de les soutenir au moyen de la faradisation sacro-utérine, pratiquée toutes les dix minutes pendant trois minutes. Elles se montrèrent plus fréquentes sans devenir plus fortes. A dix heures du matin, l'orifice avait le diamètre d'une pièce de deux francs; le col était effacé; la faradisation ne fut plus pratiquée que de demi-heure en demi-heure ; les douleurs continuèrent à se montrer à intervalles de dix minutes ou d'un quart d'heure.

A quatre heures de l'après-midi, l'orifice ne mesurait plus qu'un centimètre de diamètre; le bourrelet s'était reformé. Grande fatigue.

Je redonnai alors le chloral, à la dose de 3 grammes en trois fois, à une demi-heure d'intervalle. Pas de sommeil, mais repos complet.

A 6 heures, reprise de douleurs intenses, revenant toutes les cinq minutes. A 7 heures, la dilatation était à peu près complète. A 8 heures 1/2, sortie de l'enfant. Cessation des douleurs. A 9 heures 1/4, faradisation sacro-sus-pubienne. A 9 heures 1/2, sortie du délivre.

Immédiatement après la délivrance, faradisation sacro-sus-pubienne, pour activer le retrait de l'utérus et écarter les chances d'hémorrhagie. La faradisation fut répétée le lendemain 11, et les quatre jours suivants, ainsi que je fais d'habitude. Le 13, Mme N. se leva, sans quitter la chambre; le 14, elle fit une promenade à pied ; le 15, elle reprenait ses habitudes actives.

Je compléterai cette observation, empruntée à la *Gazette obstétricale* de 1874, par quelques renseignements antérieurs et postérieurs sur cette malade, donnés dans un mémoire sur les *Applications obstétricales de l'électricité* (1875), renseignements étrangers d'ailleurs aux applications contemporaines du travail, mais intéressants au point de vue post-puerpéral.

Deux ans auparavant, en 1871, j'avais donné des soins à Mme N. pour une antéversion prononcée, avec glissement de l'utérus en arrière, abaissement, ulcération fongueuse du col, douleurs s'irradiant dans le bassin, catarrhe utérin très abondant. Un traitement très irrégulièrement suivi n'avait eu que partiellement et temporairement raison de ces accidents. Depuis la couche dont la relation précède, la malade n'en a plus ressenti les effets.

En octobre 1874, à la suite de fatigues excessives, fausse couche à 4 mois 1/2, précédée de trois semaines d'hémorrhagies intermittentes qui furent arrêtées, à deux reprises, par la faradisation utérine immédiate. Je crois que la fausse couche eût été évitée si on eût pu obtenir que la malade abandonnât son travail lorsque cet accident a été à craindre.

Nouvelle grossesse en 1875. Le 2 septembre, douze heures de petites douleurs se succédant à un quart d'heure d'intervalle. J'impose la cessation des occupations. Le 21 octobre, début du travail, à

3 heures du matin; à 10 heures, accouchement normal et facile que je fais suivre immédiatement d'une séance de faradisation sacro-sus-pubienne qui est répétée dans la soirée et remplacée les quatre jours suivants par des séances de faradisation abdomino-utérine. Le 23, Mme N. reste levée trois heures; le 24, sortie ; le 25, reprise des occupations habituelles. Pas d'autre convalescence.

Depuis cette dernière couche, qui remonte à sept ans, Mme N. est tout à fait bien ; je n'ai plus eu à m'occuper de son utérus.

Cette observation offre un remarquable exemple de la lenteur au début d'un travail qu'on aurait pu être tenté d'accélérer par l'emploi des ocitociques. Le seigle ergoté eût été funeste et eût certainement créé quelque complication. Le chloroforme ou la faradisation à longues séances eussent-ils mieux fait ? En l'absence d'indications, le travail n'offrant d'anormal que sa lenteur, fait d'ailleurs assez commun chez les femmes qui ne sont plus jeunes, la temporisation me parut préférable, à la condition d'être ou d'être rendue possible. Le cas échéant, c'est encore au chloral que j'aurais recours : j'aurai tout à l'heure à entrer dans quelques développements à l'endroit du rôle que je voudrais lui assigner en obstétrique.

A défaut du chloral, la faradisation aurait-elle à intervenir ici pour imprimer une activité et une direction utiles à un travail languissant ou vain? — C'est une question sur laquelle je ne saurais émettre aucune opinion. Au cas où elle devrait être utile, dans quelles conditions conviendrait-il de l'appliquer? — L'épreuve que j'en ai faite semble établir que, dans quelques cas au moins, les séances courtes fréquemment répétées, auxquelles j'aurais *a priori* donné la préférence d'une manière absolue, peuvent être sans utilité évidente. Y aurait-il plus à attendre des séances très prolongées telles que les fait Saint-Germain ?

Les indications des unes et des autres restent à établir, ainsi que les conditions qui peuvent les contre-indiquer; mais si l'observation dont la relation précède n'a pas satisfait ma curiosité à l'endroit du rôle de la faradisation pendant le travail, elle lui a du moins donné une direction, et me laisserait moins hésitant en présence d'un cas où il serait indiqué, pour une raison quelconque, de précipiter la marche du travail.

Avant de vous exposer les spéculations auxquelles m'a conduit cette observation, permettez-moi de vous rappeler en quelques mots un point de physiologie pathologique qui revient souvent dans nos études, et dont j'ai dû notamment vous entretenir à l'occasion de l'hystérie.

Vous n'avez pas oublié la découverte des actions réflexes par Marshall Hall et les conséquences anatomiques et physiologiques qu'il en avait tirées, conséquences que je vous résumerai dans deux propositions :

1° *Le trajet de toute excitation, — de l'origine sensitive, extérieure, muqueuse ou profonde, à la fibre motrice qui en accuse la réaction finale, — trajet simple dans la continuité des nerfs proprement dits, se dédouble dans les centres.*

L'extrémité centrale — terminale — du nerf sensitif est reliée à l'extrémité centrale — initiale — du nerf moteur par deux voies, l'une cérébrale, consciente et volontaire, l'autre spinale, réflexe.

2° *Le centre cérébral et le centre spinal exercent l'un sur l'autre une influence modératrice. Lorsqu'on vient à faire cesser leurs rapports, chacun d'eux fonctionne d'une façon excessive.*

Lors donc que la solidarité physiologique qui relie l'un à

l'autre le centre cérébral et le centre spinal se trouve supprimée par un traumatisme qui les sépare définitivement, chacun fonctionne en vertu de son autonomie, et fonctionne avec une activité anormale. Si la séparation est le fait d'une action toxique qui supprime momentanément un seul de ces centres, l'activité anormale se manifeste dans l'autre.

Le fait a été démontré expérimentalement pour l'hyperismie spinale, par Marshall-Hall, puis par Brown-Sequard. Je l'ai établi sur des observations cliniques (*Courrier médical*, 1870) pour le centre cérébral.

Il n'est guère de phénomène pathologique dont l'analyse ne nous amène en présence de ces lois. Vous savez quelle place ont prise les actions réflexes dans les commentaires de la séméiologie ; on devra aller plus loin, et les étudier dans leurs rapports avec la rupture d'équilibre que je vous signale. Les occasions n'ont pas manqué, dans les cours d'électrologie auxquels vous assistez ici, de vous familiariser avec cet ordre de considérations, sur lesquelles j'ai fondé notamment une doctrine des réactions musculaires dans les paralysies qui en éclaire le diagnostic et le pronostic (*Comptes rendus*, 1871), un traitement des accès de coliques hépatiques et néphrétiques par suppression momentanée de l'influence cérébrale (*Tribune médicale*, 1873), et une pathogénie raisonnée des anomalies de l'érection et de l'excrétion spermatique (*Allgemeine Wiener Medizinische Zeitung*, 1875).

Mais c'est au point de vue du travail de l'accouchement que ce chapitre de physiologie nous intéresse aujourd'hui.

Le travail de l'accouchement consiste dans une succession

plus ou moins rapide de contractions plus ou moins passagères, plus ou moins soutenues. Le mécanisme de ces contractions est essentiellement réflexe; le point de départ en est dans l'irritation produite par le détachement progressif d'un œuf mûr; les excitations consécutives sont dues à l'irritation produite par la présence dans l'utérus d'un corps devenu étranger. La conséquence de ces contractions est l'expulsion du corps étranger; mais le travail considérable représenté par cette série d'efforts n'intéresse pas seulement l'utérus : ses effets débordent sur la région et déterminent, par un mécanisme sur lequel je ne m'arrête pas n'ayant rien à vous en dire, une accommodation spéciale des parties que l'œuf aura à traverser.

Est-il des contractions trop actives? Si oui, le fait aurait une médiocre importance clinique, car les accoucheurs ne s'en sont pas plaints pendant le travail; tout au plus signalent-ils les chances d'hémorrhagies consécutives aux parturitions trop rapides.

Mais il n'est pas rare que les contractions soient insuffisantes ou mal rhythmées; qu'elles soient trop faibles, qu'elles fassent défaut, ou qu'elles dégénèrent en contractures. Là sont les conditions qui nous intéressent plus particulièrement au point de vue des applications électriques, ce qui ne nous dispensera pas de tenir compte, dans leur examen, des indications qu'elles pourraient fournir à la thérapeutique chimique.

Le travail s'arrête sous l'influence de deux conditions qui ont été étudiées plutôt dans leurs effets éloignés que dans leur mécanisme : l'*inertie* et la *fatigue*.

Le mécanisme de la fatigue paraît simple tout d'abord : luttant énergiquement contre un obstacle qui ne cède pas facile-

ment, le muscle utérin se dépense plus vite qu'il ne se répare, et son travail s'arrête.

Le cas de l'inertie paraît tout d'abord moins net : l'état de l'innervation y a une part considérable, la plus large part. Si nous nous reportons aux considérations physiologiques rappelées tout à l'heure, nous voyons à l'inertie deux mécanismes possibles : une insuffisance spinale primitive dont les causes, organiques ou occasionnelles, peuvent être multiples, et une insuffisance spinale consécutive, dépendant d'une excès d'activité cérébrale.

Ce ne sont là toutefois que des inductions qu'il appartient à la clinique de confirmer ou de réfuter en se plaçant sur le double terrain de l'observation pathologique et de la thérapeutique.

D'où l'observation clinique fait-elle procéder un départ difficile ou l'arrêt du travail ? — De causes diverses qu'il nous est possible de classer sous plusieurs chefs ; les plus connues de ces influences sont :

1° La distension excessive de l'utérus : *inertie musculaire primitive* ;

2° Les obstacles mécaniques à la parturition : *inertie musculaire par fatigue* ;

3° La pléthore. Je ne reviendrai pas ici sur ce que je vous ai dit de la pléthore, état qui, bien que répondant ou à peu près à un signalement, semble avoir besoin d'être défini sur de nouveaux caractères, état que nous ne retrouvons plus ou ne voyons pas du même œil, — peut-être devenu plus rare.

Il est difficile d'assigner une cause à l'arrêt du travail chez les pléthoriques. La plupart des accoucheurs professent qu'une saignée triomphe de l'inertie de leur utérus, et je n'ai pas de

raison d'en douter. L'admettant donc, je me demande s'il n'y aurait pas chez ces parturientes *inertie spinale* par compression exercée par les liquides. Je l'admettrai provisoirement et sous réserves ;

4° La fatigue indépendante du travail musculaire, au moins dans une mesure plus ou moins large, — fatigue spinale dont les causes récentes ou anciennes peuvent être variées. J'admets donc une inertie spinale indépendante de la compression, inertie spinale primitive en quelque sorte en ce sens qu'elle n'est pas sous la dépendance de l'influence cérébrale, et que des causes banales ont pu la déterminer lentement ou rapidement *in situ* ;

5° On a signalé, enfin, comme causes accidentelles d'inertie utérine, les émotions de toute nature, les surprises, et certaines impressions vives sans relations avec l'entendement, notamment la perception de certaines odeurs.

Ici, je crois à des mécanismes différents. Les émotions et surprises représentent une *excitation cérébrale*, d'où *inertie spinale consécutive.*

Quant à l'impression des odeurs, je ne crois pas qu'elle agisse de même. La perception en est encéphalique, mais l'impression n'est pas pour cela cérébrale. N'ayant pas rencontré de ces cas, je m'abstiendrai d'en essayer une interprétation clinique que l'observation de leur marche favoriserait certainement.

L'analyse physiologique que je viens d'essayer des conditions dans lesquelles se produit l'arrêt du travail de l'accouchement pourra, je crois, nous être un guide utile dans la question de savoir s'il y a lieu d'intervenir pour le précipiter, et à quels

moyens il convient le mieux de recourir pour arriver à ce résultat dans chaque cas donné.

Autrefois, j'avais recours à un ocitocique unique: le chloroforme. Parti de cette vue que la suppression de l'influence cérébrale ne pouvait être que favorable à l'activité spinale, à l'activité réflexe, je chloroformais mes malades jusqu'à produire une anesthésie que j'entretenais quelque temps, jusqu'à reprise d'un travail énergique; après quoi je me contentais de faire respirer un peu de chloroforme de temps en temps, de façon à entretenir une anesthésie partielle. Le moyen me donna les résultats que j'en attendais, et, dès 1867, je crus pouvoir le recommander.

Suis-je tombé alors sur des cas choisis? Il appartiendrait à une pratique plus étendue que ne fut la mienne de le décider. Observant avec une idée préconçue très simple, je ne cherchais que sa vérification; et je crois la preuve fournie: le chloroforme est un ocitocique par suppression de l'influence cérébrale. Ce n'est là toutefois qu'une expérience préliminaire qui n'établit pas les indications exactes du chloroforme employé comme ocitocique. Il a pu m'arriver ce qui arriverait à quelqu'un qui ferait une application de forceps dans tous les accouchements qui marchent lentement; il aurait vu que le forceps permet d'en finir plus vite, mais n'en aurait pas ainsi établi les indications. Je crois donc que le chloroforme est un agent puissant d'augmentation de l'énergie réflexe, et qu'à ce titre il pourra imprimer plus d'activité au travail de presque tous les accouchements; mais que cette proposition passant telle quelle dans la pratique aurait l'inconvénient de nous empêcher de saisir les nuances qui marquent des indications plus formelles. Je crois donc, sans pouvoir, pour la raison que je viens de vous

dire, m'autoriser de mon expérience pour affirmer cette conclusion, que l'anesthésie chloroformique est particulièrement indiquée dans les cas où la longueur du travail ou son arrêt sont déterminés par une émotion ou une surprise, ou sont sous la dépendance d'une nervosité psychique particulière.

Voyant dans le chloroforme un ocitocique général par suppression de l'action cérébrale, je le crois donc plus spécialement indiqué dans les cas où c'est à un excès de cette action qu'est imputable l'inertie spinale apparente.

Puisque nous en sommes sur l'inertie spinale, passons aux cas dans lesquels je vous ai présenté comme cause de l'arrêt du travail une inertie spinale sinon primitive, du moins indépendante de l'action cérébrale, une inertie spinale reconnaissant des causes antérieures au travail ou des causes actuelles banales, celle qu'on dirait idiopathique et celle que je crois expliquer les phénomènes attribués à la pléthore.

Ici, il m'est difficile d'échapper à une question que mon abandon de la pratique obstétricale alors que j'avais encore beaucoup à y demander à l'expérience, ne m'a pas permis d'examiner avec le soin qu'elle mérite : celle de savoir s'il y a ou s'il n'y a pas identité de mécanisme prochain entre les effets de l'inertie, que je regarde comme spinale, des pléthoriques et l'inertie spinale primitive indépendante de la pléthore.

Quelles seront ici les indications ?

Il est tout d'abord une indication grossière qui rappelle l'usage de l'ergot pendant le travail : celle de lui donner *un coup de fouet*. Examinons-la, car elle pourra peut-être quelquefois trouver sa place à défaut de mieux ou à un moment choisi.

D'une manière générale, mais vague, le chloroforme pourra

la remplir, la suppression de l'action cérébrale devant augmenter l'activité spinale.

Ce coup de fouet peut être donné encore, indépendamment du souci des causes de l'inertie, par la faradisation.

Mais peut-on préciser davantage l'indication de ces moyens ? et y a-t-il à en déduire un procédé? — Sur ce point encore je resterai dans la réserve : les observations publiées par les élèves de Saint-Germain sont muettes sur les circonstances qui pourraient nous permettre d'y faire la part du coup d'épervier et celle des indications. J'espère mieux des observations encore inédites d'Apostoli, qui a pratiqué souvent la faradisation pendant le travail avec la conscience de l'insuffisance des observations antérieures, et arrivera certainement à réunir avant peu des données qui permettront, sinon de résoudre d'emblée les questions que soulève la pathogénie de l'inertie, du moins, je l'espère, à lui faire faire un grand pas, ne fût-ce qu'en aidant à les poser nettement.

Je crois qu'en somme il est des cas où ce mode d'intervention sera plus particulièrement indiqué, et que, d'autre part, l'expérience pourra conduire relativement vite à arrêter le manuel opératoire le plus avantageux et à établir lesquelles valent mieux des séances courtes ou longues, ou dans quels cas les unes doivent être préférées aux autres et quels intervalles doivent être laissés entre elles.

Un autre remède à l'inertie spinale, primitive ou symptomatique, est le *repos*.

Peut-on le prendre ? peut-on le donner artificiellement ? peut-on le faire considérable en peu de temps ?

— L'expectation laisse quelquefois la parturiente se reposer ;

mais c'est rare, et il ne faut pas compter sur cette réparation spontanée des forces au point d'asseoir une ligne de conduite, même exceptionnelle, sur cette éventualité. Le plus souvent, on s'en trouve mal. C'est dans ces circonstances qu'on essaie trop fréquemment de donner avec le seigle le « coup de fouet » qui crée un cas de dystocie, ou, si le travail est suffisamment avancé, si la dilatation est complète, — quelquefois même alors qu'elle ne l'est pas, — qu'on fait une application de forceps.

Rien de mieux que l'application de forceps quand les conditions en sont réalisées, c'est-à-dire quand la dilatation de l'orifice utérin est complète.

Mais c'est le plus souvent avant la dilatation complète que se produit cet arrêt par inertie spinale, qui, pour peu qu'il dure, laisse rétrograder le travail et même le dénature, changeant les contractions en contractures. Permettez-moi, à ce propos, de vous signaler en passant une impression basée sur un nombre de faits trop peu considérable pour que je vous la donne autrement qu'une vue à vérifier, à savoir que ce mode d'inertie de la terminaison par les contractures serait particulièrement commun chez les parturientes un peu âgées, et créérait surtout les dangers attribués aux grossesses tardives.

Donc, le travail est arrêté, ou rétrograde ; l'utérus se contracture; le degré de dilatation ne permet pas de songer à une application de forceps. Que faire ?

Vous avez vu par l'observation que je vous ai rapportée tout à l'heure comment j'étais arrivé à me poser cette question, et comment je l'avais résolue: par l'essai du *chloral*.

J'avais été souvent frappé de la rapidité avec laquelle, d'une manière générale, le système nerveux peut réparer les dépenses

et même les prodigalités fonctionnelles, et je me disais que le *repos*, si on pouvait l'obtenir, suffirait peut-être à fournir les moyens d'un nouveau départ, et d'un départ efficace. Je me rappelais, dans cet ordre d'idées, un accouchement à marche très lente dans lequel je croyais avoir notablement accéléré l'obtention d'un bon résultat en envoyant dans une pièce voisine une assistante, jusque-là inutile, jouer sur le piano la partition du Barbier de Rossini : j'avais des raisons personnelles de considérer la musique qui est de la musique, celle qui donne des sensations sans éveiller des idées ou fatiguer l'attention, comme le médicament le plus capable de reposer rapidement l'esprit ; la sédation cérébrale profiterait peut-être au centre spinal.

En dehors de ce moyen extra-médical, le repos peut s'obtenir au moins de deux manières :

1° Par la galvanisation continue ascendante de l'axe rachidien ; peut-être, — je ne l'ai pas encore expérimenté, — par la galvanisation polaire positive de la région lombo-sacrée ;

2° Par les hypnotiques.

Pour ce qui est de la galvanisation ascendante de l'axe rachidien, je ne doute pas du résultat, obtenu des milliers de fois, dans des circonstances autres, il est vrai. Dans le cas d'un arrêt du travail de l'accouchement, il me reste, faute de l'avoir essayé, quelque incertitude à l'endroit de sa portée. Si j'en avais eu en temps voulu les moyens sous la main, je l'aurais expérimenté ; mais en me demandant jusqu'où il nous aurait conduits, s'il aurait atteint le but, s'il y l'aurait amené d'emblée ou s'il y aurait conduit en plusieurs étapes. C'est donc un moyen que je ne vous signale que comme à essayer, le cas échéant.

Nous arrivons aux hypnotiques.

L'opium doit être écarté tout d'abord : c'est un hypnotique qui fatigue ; à moins qu'il réponde à une autre indication, le sommeil qu'il procure n'est pas un repos. Le chloral conviendrait-il mieux ? Sa parenté avec le chloroforme n'en ferait-elle pas autre chose ou quelque chose de plus qu'un hypnotique pur et simple ?

Je l'essayai, et vous ai dit avec quel succès. On peut, avec le chloral, arrêter complètement un travail qui marche mal ; qu'il y ait ou non sommeil, il y a repos, et, à un moment donné, un nouveau départ a lieu, dans de meilleures ou même dans de très bonnes conditions.

Vous en avez eu un exemple ; en voici un autre :

Obs. XCIII. — Dame de trente-cinq ans, très lymphatique, grêle, fort intelligente et pleine de ressort, une Parisienne type. Une couche antérieure remontant à sept ans.

Après une quinzaine de faux départs échelonnés dans trois septénaires, début du travail le 31 mars, à 4 heures du matin ; écoulement spontané, presque immédiat des eaux. A midi, l'effacement du col n'est pas complet. Position occipito-iliaque droite antérieure.

A 10 heures du soir, col effacé, à bords tranchants, dilatation de 1 centimètre et demi.

1er avril. A 1 heure du matin, la dilatation a le diamètre d'une pièce de cinq francs. A deux heures, la dilatation a un peu augmenté, mais les bords de l'orifice s'épaississent. Je songe à une application du forceps, mais je temporise.

A 4 heures, malgré la persistance de douleurs survenant toutes les 3 ou 4 minutes, la dilatation est un peu moindre. Je regrette d'abord de n'avoir pas appliqué le forceps deux heures avant ; puis donne 1 gramme de chloral.

Pas de sommeil, mais engourdissement « bienfaisant ». Les douleurs sont à peine suspendues, mais « changent aussitôt de caractère ».

A 4 heures 20 minutes, accouchement d'un gros enfant. Délivrance à 4 h. 55. Faradisation bi-abdomino-utérine, répétée les quatre jours

suivants. Convalescence rapide, comme d'habitude. Pas de fièvre de lait, à peine de lochies.

On peut donc reposer, et reposer vite, les malades dont le travail s'arrête par suite d'une inertie spinale, et les mettre à même de *recommencer leur couche* dans des conditions meilleures. C'est ainsi que j'interprète l'action du chloral.

Restent parmi les conditions d'arrêt du travail que nous nous sommes proposé d'examiner, celles liées à l'insuffisance musculaire. Elles se présentent dans des conditions tout à fait différentes, suivant qu'elles tiennent à la résistance d'un obstacle insurmontable ou qu'elles sont la conséquence d'une distension excessive de l'utérus.

Dans les cas où le travail est empêché d'avoir une solution par des conditions mécaniques, c'est aux moyens chirurgicaux qu'il faut recourir.

Quand l'inertie reconnaît pour cause l'extrême distension de l'utérus, deux circonstances sont à envisager. La première est l'état de l'utérus avant la rupture de la poche des eaux. Là il y a vraiment distension et contractions difficiles sur un contenu à peu près incompressible. Je crois, en pareil cas, la faradisation indiquée, non en vue de provoquer des contractions utérines, mais en vue des modifications qu'elle imprime momentanément à la circulation, modifications qui pourront peut-être suffire à favoriser la résorption et l'élimination rapides d'une portion appréciable du liquide amniotique. A l'aide de séances un peu prolongées, on conduirait je crois assez vite le travail jusqu'au moment où la poche se romprait ou pourrait être rompue sans inconvénient.

On n'a plus alors à compter qu'avec le volume du fœtus; quelque gros que soit celui-ci, ce n'est plus de la paralysie musculaire par distension qu'il produit : on se trouve ramené au cas précédent d'un obstacle mécanique.

Si l'inertie musculaire existe alors, c'est qu'elle survit à la distension antérieure ; alors elle pourra être avantageusement combattue par la faradisation à séances courtes, au moins jusqu'à ce que surgisse une autre indication, celle, par exemple, du repos, — par la galvanisation ou par le chloral.

Les indications seraient les mêmes contre les inerties musculaires qui tiennent à la minceur exceptionnelle des parois utérines.

Nous voyons, en somme, qu'il existe plusieurs classes d'inerties, les unes pouvant commander d'agir vite, les autres ne devant pas être attaquées de front, mais devant au contraire conduire l'accoucheur à créer des moyens de temporisation.

L'inertie spinale, celle notamment que je crois constituer la principale difficulté de la parturition chez les femmes âgées, est spécialement dans ce dernier cas. Tout en vous signalant de quelle ressource peut être alors le chloral, je vous ai indiqué les bons effets que j'y attendrais, dans des conditions d'exécution qui restent à fixer, de la galvanisation ascendante de la région rachidienne ou même seulement de la galvanisation polaire positive de la surface lombo-sacrée.

Dans les inerties qui fournissent l'indication, sinon toujours d'aller vite, du moins de ne pas s'interdire l'usage des moyens qui peuvent y conduire, et de craindre ceux qui peuvent y faire obstacle à un moment donné, nous repoussons absolument l'er-

got de seigle. Sa part bien faite au forceps, il reste à la faradisation un rôle à remplir. Les épreuves des accoucheurs anglais, de Saint-Germain et d'Apostoli ont, sans préciser encore quel sera ce rôle, fait pressentir qu'il devra avoir une part assez large. J'ai essayé d'en établir *a priori* quelques indications, et suis arrivé surtout à cette conclusion négative que l'expérience clinique pouvait seule conduire à les formuler et à en régler les formes. Cette tentative aura eu toutefois l'avantage, nous conduisant à analyser quelques-unes des conditions de l'insuffisance du travail, de tracer un plan à notre expérimentation ultérieure en lui proposant des vérifications à opérer.

Si les conditions d'action de l'électricité durant le travail restent encore mal déterminées, le fait de l'action totale ocitocique de la faradisation reste bien établi. Or, du moment où un procédé ocitocique est mis entre les mains des accoucheurs, on peut prévoir qu'il se popularisera, non pas tant en raison des indications sérieuses qu'il permet de remplir que parce qu'il offre un moyen d'abréger la durée de l'accouchement. L'abus courant du seigle ergoté n'a pas encore pris fin que déjà celui du forceps tend à le remplacer. On ne saurait tout blâmer dans une vogue qui familiarisera les praticiens avec le maniement, si important à bien posséder, de cet admirable instrument ; mais il est à regretter que ce soit dans des circonstances où son utilité est encore fort contestable qu'il tende maintenant à être le plus employé. Ce n'est pas une vogue de cet ordre que je voudrais à la faradisation : autant je crois utile d'abréger la phase post-puerpérale de l'accouchement, autant je serais encore réservé à l'endroit des moyens de réaliser artificiellement des parturitions rapides.

Peut-être poussé-je un peu loin l'éloignement pour l'usage des ocitociques, surtout chez les primipares; mais je doute fort, pour ce qui est du forceps, par exemple, que la possibilité, que la facilité, si l'on veut, de l'appliquer, suffise à en justifier l'emploi tant que la vie de l'enfant n'est aucunement menacée, que rien n'annonce qu'elle doive l'être, et que nulle indication formelle n'apparaît du côté de la mère. Telle tête qui franchit heureusement la vulve à la fin d'un travail de 15 à 18 heures, l'aurait inévitablement déchirée si elle eû dû, poussée ou tirée, passer 6 heures plus tôt. L'accommodation des parties génitales externes demande, pour se faire, un certain temps; si le travail du muscle utérin est supprimé, l'accommodation vulvaire n'aura pas le temps de se faire convenablement; s'il est précipité, cette accommodation a des chances de ne pas éprouver une accélération proportionnelle.

Ces raisons de se montrer sobre des applications inutiles du forceps chez les primipares doivent-elles conduire à se défier, chez elles, de la faradisation? C'est une question à examiner. Nous devons dès à présent demander que, lorsqu'on établira les indications de la faradisation pendant le travail, on recherche si elle ne l'accélère pas sans concourir à favoriser dans une mesure correspondante le relâchement vulvaire. Il est possible, en effet, que les modifications imprimées à la circulation aient sur toute la région un retentissement capable de faciliter l'accommodation des parties maternelles; mais c'est à voir; et, s'il en était autrement, le fait de la primiparité pourrait fournir une contre-indication relative à l'emploi de la faradisation *pendant* le travail.

VINGT-UNIÈME LEÇON

Ovariostomie

SOMMAIRE : Empêchements de divers ordres à l'exécution de l'ovariotomie. — La ponction et les perfectionnements qu'elle comporte. — Galvanopuncture de l'ovaire, positive ou négative? — Cautérisation tubulaire. Observations. — Variantes dans le procédé opératoire. — Comparaison avec la ponction.

MESSIEURS,

A l'occasion des fibromes utérins, je vous ai signalé la possibilité d'une complication grave de cette affection : le développement de kystes dans le parenchyme altéré de l'organe. Je vous indiquais, en même temps, un procédé que j'avais employé pour vider ces kystes par le vagin : l'établissement de fistules un peu durables au moyen de la cautérisation tubulaire.

Il n'entrait pas dans ma pensée de vous donner cette opération comme un mode général de traitement auquel on dût s'arrêter ; je vous présentais même, repoussant l'idée d'un parallèle entre mon opération et l'hystérectomie, le beau résultat obtenu par Péan dans un cas pareil chez une malade de cette clinique. Mais l'extirpation de l'utérus n'est pas une opération à laquelle toutes les malades se décideront, au moins en temps opportun ; elle n'est pas toujours possible au moment voulu ; aussi crois-je toujours à l'utilité d'une opération inoffensive, opération sinon de choix du moins de nécessité à une heure donnée, opération permettant d'obtenir des résultats palliatifs impor-

tants, et ne compromettant en rien le succès ultérieur de l'opération radicalement curative.

Avant de faire des ponctions caustiques dans les kystes utérins, j'en avais fait dans un kyste ovarique, avec l'espérance, — non encore justifiée par les faits mais qui persiste, — d'obtenir quelquefois, au prix d'une opération facile et sans gravité une guérison définitive dont la possibilité me paraît attestée par les rares succès de la ponction simple ou suivie d'injections, et, dans les cas où l'ovariotomie est jugée impraticable, des résultats palliatifs supérieurs à ceux que permettent d'atteindre les autres expédients. C'est de cette ponction caustique des kystes ovariques, que j'ai présentée sous le nom d'*Ovariostomie*, que je compte vous entretenir aujourd'hui.

Les préoccupations qui m'ont conduit à établir des fistules ovariques remontent à l'époque de l'introduction en France de l'ovariotomie. On ne pouvait alors prévoir l'avenir brillant réservé à une opération qui frappait surtout par l'étendue du traumatisme qu'elle comportait et par la susceptibilité des parties intéressées dans ce traumatisme. Le premier mouvement, après la surprise causée par la relation des succès, était de se demander si une solution courante ne devait pas être cherchée dans une autre voie.

Si j'ai persévéré dans ce souci, et poursuivi des projets que, plus tard, je n'eusse sans doute pas formés, ce n'est pas que j'aie méconnu la valeur d'une opération qui a toute mon admiration; mais, sans songer à remplacer l'ovariotomie dans les cas où elle est exécutable avec des chances de succès, j'ai pensé qu'il fallait faire la part de ceux où certaines difficultés

opératoires ou des considérations extra-chirurgicales la rendraient impraticable.

L'ovariotomie n'a pu devenir la belle opération que nous savons qu'en ajoutant des précautions nouvelles à celles de la pratique chirurgicale alors courante. Sans parler du sang-froid et de la force physique nécessaires au chirurgien qui l'entreprend, cette opération restera toujours difficilement exécutable dans les hôpitaux, plus difficilement peut être encore chez les malades ; enfin, elle exige un matériel instrumental que peu de praticiens peuvent songer à se procurer et à tenir en état en vue d'une éventualité relativement rare, et un nombre d'aides impossible à réunir en dehors de quelques centres favorisés. L'ovariotomie demeure donc une excellente opération, mais une opération qui, alors même qu'elle n'est pas contre-indiquée par l'étendue des lésions, reste interdite à la plupart des chirurgiens et inaccessible à nombre de malades; quelle que soit sa valeur, son succès est subordonné à la réunion de trop de facteurs importants pour qu'on doive renoncer à lui chercher un succédané.

Avant l'ovariotomie, on avait la ponction. Même suivie d'injections iodées, la ponction n'était que bien rarement une solution. Mais n'était-il pas possible d'en modifier l'exécution? de lui substituer l'établissement d'une fistule permanente? et une fois la communication avec la cavité du kyste établie, d'essayer de le détruire sur place? de le tanner? de le rendre indépendant de la vie des organes voisins ?

Grâce à la galvanocaustique chimique, l'établissement de la fistule devenait chose facile. On verrait ensuite ce qu'elle permettrait de tenter sur la tumeur : les quelques succès obtenus

de l'injection iodée permettaient d'espérer que la communication de la cavité du kyste avec l'extérieur pourrait être utilisée dans un but curatif.

Dès longtemps l'idée du premier temps de l'opération m'était venue à l'occasion des kystes hydatiques du foie, qu'on ouvre avec le bistouri plongé au centre d'une eschare faite préalablement en vue d'établir des adhérences. L'opération me paraissait pouvoir être faite en un temps, la ponction s'effectuant avec un gros trocart dont la canule, servant d'électrode négative ou se remplaçant par un mandrin conducteur, pourrait servir à établir une eschare tubulaire avant de conduire dans la poche l'injection iodée.

Ce procédé n'avait, dans les cas de kystes hydatiques du foie, que l'avantage de permettre d'exécuter en un temps une opération qui en exigeait deux, séparés par plusieurs jours d'intervalle. Dans les cas de kystes de l'ovaire, il aurait un autre mérite : celui de rendre permanente une communication avec le dehors qu'on utiliserait ensuite en vue d'une cure qui demandera toujours un temps assez long.

Je fus toutefois détourné momentanément de cette voie par une idée que vous me permettrez de vous indiquer brièvement en raison des autres applications qu'elle comporte, en raison surtout de celles qu'il pourra y avoir lieu de lui demander dans la seconde partie du traitement des kystes ovariques, alors que la cavité de la tumeur communiquant librement avec le dehors, il faudra songer à attaquer séparément et peut-être par des moyens variés les diverses loges.

Il y a une dizaine d'années, je fus consulté par une dame qui portait au cou un kyste séro-sanguin volumineux, traité déjà

une fois, sans succès, par la ponction suivie d'injection iodée.

Ici je me demandai, la tumeur étant de celles qui sont facilement hémorrhagiques, s'il était avantageux de lui faire une ouverture permanente, ou s'il ne valait pas mieux essayer d'en coaguler le contenu, de le transformer en un caillot qui pourrait peut-être être résorbé par une poche dont l'opération aurait modifié la vitalité. La malade ne voulut pas se prêter à une tentative qu'elle savait nouvelle.

Vis-à-vis des kystes de l'ovaire, j'hésitais entre ces deux procédés :

1° Tenter d'en coaguler le contenu, — dans les cas rares où il serait coagulable, — ou d'en favoriser la résorption, par des ponctions simples accompagnées de galvanisation positive ;

2° Ou bien les ouvrir par la galvanocaustique négative, et créer ainsi une fistule artificielle, facile peut-être à maintenir libre, par où l'on pourrait ensuite attaquer la tumeur ou les tumeurs, soit par les injections iodées, aqueuses, alcooliques ou savonneuses, soit par les injections tanniques, soit par des cautérisations acides ou alcalines, aisément exécutables au moyen de la galvanisation.

Sur ces entrefaites, j'eus occasion d'exposer mes projets à Péan, qui ne partagea pas mes vues, se fondant sur la grande variété de structure des kystes ovariques et sur la multiplicité considérable de leurs loges d'un développement très inégal. A l'appui de cet argument, il m'offrit de mettre plusieurs de ces tumeurs à ma disposition, et m'en envoya trois en quelques jours. L'examen des pièces avait fortement ébranlé mes espérances, lorsque je me trouvai dans la nécessité d'agir, en présence d'un commencement de solution spontanée qui ne me

permit pas d'hésiter dans le choix à faire entre les deux procédés auxquels j'avais songé. C'est à l'établissement d'une fistule permanente que j'eus recours.

Voici le fait :

Obs. XCIV. — Mme R., âgée de quarante-deux ans, offre, à part un volume énorme de l'abdomen et un degré prononcé d'émaciation, les dehors d'une belle constitution. On ne trouve dans ses antécédents aucune maladie aiguë ou chronique. Après avoir débuté par une fausse couche à dix-neuf ans, elle a eu cinq couches heureuses ; la dernière, à vingt-sept ans, remonte à quinze ans.

La santé, très bonne jusque-là, a commencé à s'altérer après cette couche. Les règles, qui avaient toujours paru toutes les trois semaines, copieuses mais sans douleurs, devinrent alors des pertes abondantes, très douloureuses, avec caillots. Au bout d'un an, la situation s'améliora spontanément : les pertes devinrent moindres, en même temps qu'elles cessèrent d'être douloureuses. Cette situation dura environ cinq ans.

Depuis dix ans, les désordres qui viennent d'être mentionnés ont reparu. Les pertes sont redevenues plus abondantes, s'accompagnant de violentes douleurs de reins et de bas ventre, et entraînant pendant les deux premiers jours un « énervement insupportable ; » huit jours avant leur apparition, ballonnement du ventre, « tiraillements au cœur, » taciturnité, humeurs noires, envies de pleurer sans motifs. Ces troubles moraux, qu'on rencontre si fréquemment comme condition permanente chez un grand nombre d'hystéropathiques, sont ici des phénomènes exceptionnels et contrastent avec le caractère habituellement vif et gai de la malade.

Depuis trois ans, les pertes sont devenues plus considérables, les douleurs graduellement plus fortes, et Mme R. ordinairement très courageuse et très active, est obligée de garder le lit deux ou trois jours. En même temps elle s'aperçoit de l'existence d'une « grosseur qui semble rouler dans le côté droit, à la hauteur de la hanche. »

Depuis ces dix dernières années, l'habitude extérieure de la malade était celle d'une femme grosse de 3 ou 4 mois. L'état général se maintenait cependant assez satisfaisant en dehors des crises menstruelles. A leur approche, les digestions devenaient difficiles ; la constipation, qui était la règle, cessait pour quelques jours ; les urines, ordinairement troubles, devenaient tout à fait boueuses. Je dois noter ici qu'il n'y a jamais eu ni ictère ni hémorrhoïdes.

A dater de septembre 1877, le sommeil, qui avait été bon jusque là, se perdit en même temps que l'appétit. Mme R. consulta alors un de nos chirurgiens les plus distingués qui conseilla des palliatifs, parmi lesquels la poudre d'ergot pendant la période critique tenait le premier rang. L'hémorrhagie attendue ne se produisit pas, mais le volume du ventre augmenta rapidement.

Le mois suivant, octobre 1877, le même chirurgien, consulté de nouveau, reconnut une bronchite et engagea la malade à réclamer les soins journaliers de son médecin ordinaire.

Celui-ci fit appliquer sur l'abdomen un vésicatoire circulaire de 35 centimètres de diamètre. Accidents sur lesquels je ne m'arrêterai pas, n'en ayant pas eu une relation suffisamment nette; une « rétention d'urine » de douze jours est cependant à mentionner. Nouvel accroissement rapide du ventre, dont la circonférence mesure, au niveau de l'ombilic, 117 centimètres.

En novembre et décembre, suintement vulvaire presque continu d'un sang jaune pâle, qui cesse le 25 décembre pour reprendre le 10 janvier 1878, faible pendant trois jours, très abondant les quatre jours suivants. Depuis ce temps, la malade se réveille à une heure du matin sans pouvoir se rendormir; la sensation de gonflement du ventre s'accompagne de celle d'une distension douloureuse de l'estomac ; l'appétit est perdu; douleurs dans les côtés et au-dessous des seins ; la constipation habituelle a encore augmenté : ce n'est qu'à force de lavements savonneux qu'on obtient de loin en loin une garde-robe insignifiante.

Mme R. vient nous consulter ici le 8 janvier 1878. Je constate tout d'abord une tumeur fibreuse de l'utérus, interstitielle, intéressant surtout la partie postérieure de l'organe. Mais cette tumeur ne suffit pas à rendre compte du développement énorme de l'abdomen. La distension est telle qu'il n'y a rien à demander à la palpation. L'absence du flot abdominal fait écarter l'idée d'ascite. La percussion donne, dans la région ombilicale, une matité mal circonscrite, en dehors des limites vagues de laquelle matité et sonorité se déplacent d'un jour à l'autre. Aucune conclusion précise ne me paraît pouvoir être tirée de ces indications.

Réservant une opinion sur la cause de l'énorme distension abdominale, j'attaque la tumeur utérine par les injections de savon ioduré, en même temps que j'oppose à la torpeur intestinale des séances de faradisation abdomino-utérine : une séance de faradisation suivie d'injection tous les deux jours.

Ce traitement, commencé le 8 janvier, détermine rapidement un

certain mieux-être, difficile à caractériser, mais se traduisant par ce fait que la malade, qui avait dû renoncer à la direction d'un atelier et ne mangeait plus que couchée, peut, à partir du 2 février, manger à table et donner trois heures par jour à son travail. Les règles, qui manquaient depuis trois mois, ou qui, du moins, ne s'étaient manifestées que par des écoulements décolorés et irréguliers, arrivent le 3 février, durent 3 jours, et ne s'accompagnent, avant, pendant, et après, d'aucun des symptômes dysménorrheiques qui, depuis plusieurs années, se montraient constamment et avec une grande intensité.

Ce mieux devait être de courte durée.

4 février. — Contre l'oppression, qui a augmenté, j'essaie la galvanisation continue épigastro-précervicale droite. Soulagement marqué, mais qui ne dure que peu d'heures. Une pilule d'aloès et chardon-marie, dont l'usage sera continué pendant quelques jours, ne facilite pas sensiblement les garde-robes.

Les urines, examinées seulement alors, ne contiennent pas d'albumine. Traitées par l'ébullition avec le tartrate cupro-potassique, elles ne réduisent pas le cuivre, mais donnent dans le tube d'essai un précipité vert pomme, sur lequel il arrive qu'on diagnostique quelquefois à tort le diabète, et que je crois avoir toujours rencontré chez les rhumatisants dont j'ai examiné les urines. En même temps, la liqueur vue par transparence offre la coloration d'une infusion de café : autre condition que j'ai rencontrée quelquefois dans des anémies anciennes et profondes, mais sur la signification exacte de laquelle je ne saurais actuellement me prononcer.

Le 15 février 78, lymphangite de la paroi abdominale. Larges onctions avec une pommade à l'extrait de digitale au cinquième. Lavements huileux à la place des lavements savonneux. Vin de Malaga. Suspension de la faradisation et des injections utérines.

23 février. Il ne reste de la lymphangite que des stigmates qui ne disparaîtront jamais complètement, encore un peu d'œdème vulvaire. Reprise, toujours presque sans résultats, des lavements

savonneux copieux. Alimentation légère mal supportée, ordinairement vomie peu après l'ingestion.

Je me décide alors, en présence de l'impossibilité de me renseigner par la percussion et par le palper abdominal, à tenter l'exploration manuelle par le rectum, pour rechercher la cause d'une obstruction qui progresse tous les jours. Mais, seul et sans chloroforme, je ne puis introduire que les deux tiers de la main. Cela suffit pour constater que la tumeur utérine est un fibrome énorme, intéressant le corps bien plus encore que le col. L'élévation qui résulte de son volume et de sa configuration, qui comprend le col sans en produire l'effacement, ne m'avait pas permis d'en apprécier toute l'étendue par le toucher vaginal.

Était-ce donc là la cause mécanique de l'obstruction ?

Reprise des injections utérines de savon ioduré; elles sont continuées tous les deux jours jusqu'au 20 mars.

Pendant ce temps, la malade continue à s'affaiblir. Le peu d'aliments ingérés n'est pas gardé. L'essai du laitage, des potages clairs additionnés de farine de lentilles torréfiée, du vin de Chassaing, ne nous réussit que très médiocrement. Selles dérisoires obtenues à force de lavements copieux. Débilitation extrême; teinte sub-ictérique de la peau; abdomen de plus en plus tendu.

Une catastrophe me paraissait prochaine, lorsque le 20 mars, apparaissent autour de l'ombilic, et sans autre lésion apparente que de la rougeur, des gouttelettes d'une sérosité citrine. La malade m'apprend qu'une certaine quantité de liquide s'est ainsi écoulée pendant la nuit dans une serviette dont elle a dû se garnir. La matité circa-ombilicale est donc due à l'existence d'une tumeur à contenu liquide qui a contracté des adhérences avec la paroi abdominale. Une ponction exploratrice faite un peu au-dessous de l'ombilic ne donna que quelques gouttes d'une sérosité semblable à celle qui suinte spontanément.

Je décide alors de renouveler la ponction avec un trocart évacuateur et d'établir une fistule permanente qui me permette de rester en communication avec la cavité de la tumeur.

La ponction est faite le surlendemain 22 mars, avec un trocart de 3 millimètres de diamètre et de 6 centimètres de long, à 5 centimètres au-dessous de l'ombilic et un peu à gauche. Le trocart retiré, aucun écoulement de liquide n'a lieu. Je le remplace alors dans sa canule par une tringle de cuivre de même calibre. Cette tringle, qui va servir d'électrode caustique, une fois en place, la canule est retirée en glissant sur elle. Après quoi les communica-

tions avec la pile sont établies. Le réophore négatif aboutissant à la tringle de cuivre, le réophore positif s'attache à une large plaque d'étain garnie de peau mouillée, appliquée sur l'abdomen. Le courant, faible d'abord, est amené graduellement à une intensité d'environ 45 milliampères. L'opération dure 20 minutes; après quoi la tringle est retirée, et le point de sortie recouvert d'une mouche de sparadrap enduit d'onguent de la mère.

Le 2 avril, onzième jour après l'opération, j'estime que l'eschare doit être détachée, et j'introduis dans la fistule une sonde molle de caoutchouc n° 14, qui pénètre facilement à une profondeur de 6 à 7 centimètres. Aucun écoulement de liquide. Le trocart était trop court.

Le surlendemain, 4 avril, première injection d'eau iodée au cinq-centième, iodurée au deux-centième. L'injection est suivie de la sortie d'un litre et demi environ de sérosité citrine. On évalue au double la quantité rendue ensuite dans la journée.

Les injections d'eau iodée sont répétées tous les jours par la sonde à demeure à la dose de 30 grammes.

Le 9 avril, l'injection est suivie de l'issue de deux litres environ de liquide.

Le ventre qui, dès le 4 avril, avait sensiblement diminué, est maintenant assez affaissé pour que la palpation en soit facile. On sent, autour de l'ombilic, une tumeur dure qui le déborde de 3 centimètres en haut, de 12 environ en bas, de 4 à droite, tumeur dont le bord gauche se sent moins distinctement. En examinant le bord droit, on sent qu'il recouvre incomplètement une tumeur plus profonde, globuleuse et difficile à circonscrire.

Je crois que l'opération nous avait conduit le 22 mars dans les parois d'une loge qui s'est vidée le 4 avril. Une seconde loge s'est, le 9, ouverte dans la première.

Quant à la tumeur qu'on sentait sous le bord droit de la portion déjà en partie ratatinée, elle représenterait une ou plusieurs autres loges, que les injections iodées pourraient peut-être atteindre par endosmose, ou qui s'ouvriront vers l'extérieur, ou que j'ouvrirai par l'intérieur, au moyen d'une sonde galvanocaustique engagée par le canal fistuleux que je conserve.

L'état général s'étant amélioré, les garde-robes étant devenues, avec l'aide des pilules aloétiques, relativement faciles et copieuses, le sommeil étant très bon, l'appétit seul faisant encore défaut, il fallait songer à permettre des sorties à la malade. Un ballon de caoutchouc coupé en deux et maintenu par une ceinture a permis de protéger la partie extérieure de la sonde contre les frottements. Mme R. a pu reprendre ses occupations d'abord, puis sortir.

L'opération et les pansements consécutifs avaient dû être faits avec les objets qu'on avait sous la main ou qu'on pouvait se procurer immédiatement. Nous venons de voir que le trocart aurait dû être choisi plus long; j'en ai fait faire en vue des ponctions ultérieures un de 22 centimètres de long sur 4 millimètres de diamètre, avec mandrin pouvant se substituer au trocart sans déranger la canule pour les cautérisations galvaniques. Pour la sonde à demeure, j'ai fait faire des canules de caoutchouc mou de 3, de 6 et de 10 centimètres de longueur, portant à leur pavillon deux ailes qui viennent se fixer à une ceinture interrompue au niveau de la plaie par un large anneau d'ivoire. Au-dessus de l'anneau, la ceinture est doublée par une bride qui fixe un sachet de charpie recouvrant l'orifice extérieur de la canule.

14 et 15 avril (1878). 3 heures de promenade en voiture.

Le 17 avril, Mme R. vient chez moi se faire faire son injection utérine. Celles-ci ne seront plus faites que tous les 4 ou 5 jours. La tumeur utérine a notablement diminué de volume; la perméabilité du col est redevenue ce qu'elle est normalement; on ne franchit plus l'isthme comme autrefois, sans le sentir, même avec les plus fortes sondes.

Mme R. va passer quelques jours à la campagne.

Retour le 29. Sommeil tout à fait bon; des douleurs dans le flanc droit, dont la malade s'est toujours plainte ont complètement disparu; les garde-robes sont satisfaisantes grâce à l'usage des pilules;

seul l'appétit ne revient pas. Ce jour-là, je mesure la circonférence de l'abdomen, déjà mesurée avant l'opération. Voici les résultats des deux mensurations faites, la première le 31 janvier, la seconde le 25 avril : au niveau de l'épigastre, 0,98 d'abord, 0,80 actuellement ; au niveau de l'ombilic, $1^{m}21$, aujourd'hui 0,92; à 5 centimètres au-dessous de l'ombilic, circonférence maxima, $1^{m}22$, aujourd'hui 0,88.

30 avril. Injection utérine. Le col est toujours dur : son canal, de plus en plus étroit, rend la pénétration de la sonde difficile ; peut-être faudra-t-il refaire le passage au moyen de la galvanocaustique.

Les débris de la portion de la tumeur abdominale intéressée dans la cautérisation tubulaire se rétrécissent de plus en plus ; je n'arrive plus à sentir la tumeur sous-jacente, bien que la flaccidité des parois du ventre rende maintenant l'examen assez facile. La sonde ne pénètre plus qu'à une profondeur de 3 centimètres. Quant à l'état général, il serait tout à fait satisfaisant, n'étaient les difficultés des garde-robes, qui ne sont pas encore spontanées, et le peu de goût pour les aliments, qui sont d'ailleurs bien supportés.

6 mai. Retour d'un peu d'appétit. Injection iodurée.

21 mai. La partie atrophiée de la tumeur est encore réduite ; elle ne dépasse pas le volume d'un œuf de pigeon. On ne sent pas, au-dessous, de tumeur distincte. L'injection intra-utérine est difficile ; je songe à refaire le canal.

22 mai. Règles. Elles viennent sans douleurs, en abondance moyenne, et durent 5 jours. Avec les règles, un fort appétit est brusquement revenu.

31 mai. On ne sent plus de tumeur autour de la canule abdominale. Galvanocaustique chimique cervico-utérine; séance de 15 minutes. Non pénétration.

11 juin. La malade continue à être tout à fait bien : forces, appétit, sommeil sont redevenus ce qu'ils étaient autrefois. Des maux de reins, dont elle souffrait depuis dix ans et qui n'avaient jamais cessé, ont disparu à la suite de la séance de galvanocaustique utérine.

La tumeur fibreuse, examinée par le vagin et par le rectum, est encore très volumineuse, mais plus régulièrement globuleuse. Le col se présente sous forme d'un appendice mou. L'injection ne peut se faire ; une nouvelle séance de galvanocaustique est projetée.

Là s'arrêtait cette observation lorsque je publiai, dans la

Gazette obstétricale (juillet 1878), le mémoire sur l'*Ovariostomie* reproduisant la communication que j'avais faite précédemment sur ce sujet à l'Académie des sciences.

Cette première partie de l'observation en a donné la phase heureuse. Les choses se sont passées moins bien depuis, et ont fini par tourner tout à fait mal lorsque des scrupules exagérés m'ont fait encourager la malade à subir une ovariotomie à laquelle elle a succombé, bien qu'il n'y ait eu qu'un simulacre d'opération.

Je reprends l'observation où l'avait laissée mon mémoire.

La séance de galvanocaustique utérine projetée fut faite le 22 juin 1878. Elle permit de pénétrer dans l'utérus; et, pendant trois mois, la malade vint assez régulièrement se faire faire les injections de savon ioduré.

A cette date, le kyste ovarique offrait, au niveau de l'ombilic, l'apparence d'une tumeur profonde, à limites confuses, s'étendant surtout dans la fosse iliaque droite, tumeur qu'on sentait distincte de l'utérus, auquel ses mouvements ne se communiquaient pas. Quant à l'utérus, il s'élevait à 6 centimètres environ au-dessus du pubis.

Règles le 30 juin; durant 7 jours, fortes pendant cinq; un peu douloureuses.

23 juillet. Le ventre a grossi: la circonférence au niveau de l'ombilic, qui était en janvier de 121 centimètres, qui, un mois après l'opération était réduite à 92, est aujourd'hui de 103. On sent en même temps la tumeur du flanc droit plus volumineuse, mieux circonscrite; une nouvelle ponction est indiquée.

Elle est faite le 10 octobre, au fond de la fistule conservée, dans des conditions peut-être défavorables. En effet, l'état général de la malade très bon jusque là était devenu moins satisfaisant dans les premiers jours d'octobre : moins de sommeil et d'appétit; le 5, accès de fièvre précédé de frisson, qui se reproduisit le 6. Je donnai du sulfate de quinine; le mieux paraissait sensible depuis deux jours lorsque l'opération fut pratiquée.

Avant d'aller plus loin, je dois me demander si l'opération

n'eut pas dû être ajournée. J'attribuai, sans doute à tort, à l'accroissement de la tumeur l'accès fébrile qui survint le 5 en dehors de toute cause extérieure pouvant l'expliquer; c'est ce qui me décida. Mais je méconnus d'abord l'imminence d'une crise de lithiasie biliaire qui, non accompagnée de coliques hépatiques, ne devait se manifester que quelques jours plus tard; j'admis alors que le mouvement fébrile observé en avait été le prélude. L'opération fut donc faite dans des conditions défavorables auxquelles je serais disposé à attribuer, au moins pour une part, la suppuration du kyste qui s'observa plus tard.

Le 10 octobre, la palpation donnait les mêmes limites que lors de l'examen précédent ; ces limites étaient un peu confuses à droite : le développement avait du se produire surtout en arrière.

La fistule conservée n'avait plus que 3 centimètres de profondeur; c'est dans son fond que fut porté le nouveau trocart, plus long et plus gros que le premier. Arrivé là, je l'enfonçai obliquement à droite. Lors de son retrait, il s'écoula environ un demi litre d'une sérosité citrine ; j'arrêtai cet écoulement en substituant au trocart le mandrin caustique. Ce mandrin, long de 22 centimètres, fut enfoncé tout entier sans atteindre la paroi opposée de la loge kystique. Séance de galvanocaustique de 30 minutes. Un peu de liquide s'écoule pendant tout le temps de la galvanisation, après quoi on injecte 40 grammes d'eau iodée ; puis la canule de caoutchouc est remise en place et enfoncée, comme avant, à 3 centimètres.

De 11 heures à midi, écoulement d'environ un litre et demi de liquide, qui cesse pendant que la malade déjeune, ce qu'elle fait avec appétit. Vers 3 heures, surviennent des douleurs abdominales « comme un déchirement » quand la malade se dérange. Tremblement fébrile et soif. 5 décigrammes de sulfate de quinine, onctions abdominales avec la pommade de digitale, tilleul pour boisson. L'état fébrile persiste les jours suivants ; le sommeil est rare, l'alimentation difficile ; le pouls varie de 106 à 110 sans rémissions. Le sulfate de quinine est continué.

28 octobre. La journée de la veille a été meilleure que les précédentes; la malade a mieux reposé; le pouls est tombé à 100. J'en profite pour tuber le canal de la seconde ponction. Celui-ci est sondé

d'abord avec un cathéter métallique droit de 8 millimètres de diamètre, auquel est aussitôt substitué le tube de caoutchouc qui restera à demeure. Il s'écoule alors un demi-litre environ d'un pus verdâtre et mal lié. Injection de 500 grammes d'eau iodée, à la suite de laquelle l'écoulement du pus recommence. La malade se plaint du siège : il y a un commencement d'escharification au niveau du sacrum.

Les suites prochaines de cette seconde opération, diffèrent complètement, vous le voyez, de celles de la première. Au lieu d'un liquide toujours séreux, c'est du pus que nous trouvons dix-huit jours après la ponction caustique, et l'écoulement restera purulent jusqu'à ce qu'il cesse. Quant à l'état général, médiocre au moment de l'opération, il est devenu mauvais pendant la quinzaine suivante et ne se relèvera que très lentement. Je vous ai dit tout à l'heure que l'opération me semblait avoir été faite dans de mauvaises conditions, que le mouvement fébrile que j'avais considéré comme accidentel, ou lié à l'accroissement rapide d'une des loges de la tumeur, m'avait paru plus tard devoir être regardé comme prodromique d'une crise hépatique. Il est une autre explication possible. Le mouvement fébrile n'était-il pas symptomatique d'un travail de suppuration antérieur à l'opération ? Un tel processus n'avait-il pas eu lieu dans une loge non intéressée par la ponction, et qui se sera vidée plus tard dans une de celles qui communiquaient avec l'extérieur? Enfin, n'est-il pas admissible que sous l'influence d'un état pyrétique en rapport avec l'affection du foie, le contenu des tumeurs soit devenu purulent pendant la quinzaine qui a suivi la cautérisation tubulaire?

29 octobre. Au moment du pansement, nouvelle issue d'une assez grande quantité d'un pus moins fétide que celui de la veille. Injection iodée copieuse. Il y a eu, la nuit précédente, plus de sommeil

que d'habitude; il a seulement été interrompu à diverses reprises par des vomissements bilieux porracés. Inappétence complète. Bouillon froid pour boisson.

30 octobre. Des douleurs gastriques et des vomissements très fréquents ont empêché tout sommeil pendant la nuit. La canule a donné toute la journée de la veille un écoulement abondant; le pus est maintenant bien lié. Injection iodée de 150 grammes. Les vomissements porracés, qui avaient cessé le matin, reprennent dans la soirée et durent toute la nuit.

31. Assez bonne journée. Les vomissements cessent encore dans la journée pour reprendre le soir. A 10 heures, on leur oppose pour la première fois et avec un demi-succès la galvanisation continue épigastro-précervicale droite, à laquelle nous aurons très fréquemment recours pendant plus d'un mois.

Je m'arrêterai ici sur cette pratique, qui a fait les frais d'une période du traitement que je crois intéressante bien qu'elle ne se rattache qu'accidentellement au sujet de notre observation.

1 novembre (1878). Encore quelques vomissements dans la nuit, moindres cependant que les nuits précédentes. Le soulagement que procure la galvanisation ascendante du pneumogastrique droit nous décide à renoncer aux lavements de quinine, qui, continués sans interruption jusqu'à ce jour, n'ont pas paru avantageux. Lait additionné de bi-carbonate de soude.

2 nov. Les vomissements de la nuit dernière ont été évités grâce à trois séances de galvanisation, faites chaque fois qu'apparaissait le malaise précurseur. Depuis deux jours, l'écoulement par la canule a à peu près cessé.

3 nov. Une seule galvanisation la veille au soir; deux vomissements vers la fin de la nuit. La malade ne veut plus prendre de bicarbonate de soude; on aura désormais de la peine à le lui faire accepter. Nous essayons de la galvanisation pour faire garder le laitage : lait à midi; garde-robe un quart d'heure après; lait à 1 h. 35; galvanisation à 3 h.; lait à 3 h. 30; galvanisation à 5 h. 30; lait à 7 h. 30; galvanisation à 9 h. 50. La journée et la nuit suivante se passent sans vomissements.

4 nov. Le matin, deux garde-robes spontanées, peu colorées, peu copieuses, d'une bonne consistance.

5 nov. Continuation du lait et de la galvanisation; pas de vomissements. Le lendemain, tout malaise gastrique a disparu.

On cesse alors la galvanisation régulière du pneumo gastrique, à laquelle on ne reviendra plus que de loin en loin et accidentellement. Elle paraît nous avoir rendu ici un grand service.

7 novembre (1878). Ecoulement purulent abondant par la canule : 12 serviettes en ont été souillées, et le matelas est traversé. Même état : la région du foie est toujours douloureuse, mais les vomissements n'ont pas reparu.

10. Au moment de l'injection, la canule rend environ 4 litres d'un liquide séro-purulent.

11. La nuit a été bonne : la malade prend le matin un potage au pain qui est bien toléré. Le pouls qui, depuis la seconde opération, s'était toujours maintenu entre 106 et 120, descend à 100.

Les jours suivants, reprise du bi carbonate de soude; café au lait; le pouls reste à 100.

13. L'injection iodée est portée à 150 grammes ; elle est gardée.

14. Trois crises de colique hépatique classique. Pouls à 106. Citrate de magnésie.

15. La canule, poussée en bas et à droite, donne issue à un flot de pus d'abondance médiocre. Injection de 300 grammes d'eau iodée, en partie rendue. Potage, cotelette, bouillon le soir. Cessation des lotions vineuses sur le sacrum, dont les eschares sont cicatrisées.

A dater de ce moment, la convalescence s'établit, bien que de temps en temps la canule donne lieu à des écoulements purulents abondants. Le 16, je trouve la malade à table, mangeant de bon appétit ; elle continue elle-même les injections quotidiennes d'eau iodée.

Nous venons de traverser péniblement une période difficile. Quelques-uns des accidents qui se sont montrés se retrouveront encore, mais sans suite, et sensiblement moindres. Ce n'est toutefois que vers le printemps que la malade aura recouvré assez de santé pour reprendre toutes ses habitudes actives.

2 décembre (1878). Mme R. recommence à venir chez moi. Faradisation bi-abdominale pour faciliter les garde-robes. Le moyen réussit parfaitement, — ce qu'il ne faudrait pas considérer comme la règle, — et sera continué quelques jours encore.

Du 11 au 15. Quatre séances de faradisation abdominale, un des excitateurs étant appliqué au niveau du foie, l'autre dans la fosse iliaque gauche. Ce moyen, qui nous avait assez bien réussi à la clinique, dans un cas de lithiasie biliaire, ne donne ici qu'un mieux être passager.

Les jours suivants, les selles deviennent graisseuses, très fréquentes et douloureuses.

Le 27 janvier 1879, nous commençons l'usage de la pancréatine; 0,10 à chaque repas.

29 janvier. Les vomissements, qui revenaient de temps en temps à la suite des repas, ont cessé. Les aliments sont bien gardés, mais sans que l'appétit soit revenu. La pesanteur d'estomac a en partie disparu; les garde-robes ne sont presque plus graisseuses.

3 février. Même état; mais la région du foie est toujours douloureuse.

12. Encore quelques vomissements; l'alimentation est difficile, peu copieuse et laborieuse. Le ventre, qui était revenu à un volume à peu près normal, recommence à grossir un peu.

15. Retour des vomissements bilieux et gastrorrhée. La canule donne toujours; la veille, elle a rendu un flot abondant de pus.

Envoi à la campagne. Retour rapide de l'appétit; les digestions deviennent plus faciles; toutefois l'aversion pour la viande persiste. La région hépatique est cependant toujours douloureuse. Continuation du bi-carbonate de soude; teinture de chardon-marie.

25 mars. Depuis quelques jours, la malade, sans abandonner le séjour de nuit à la campagne, a repris à Paris son travail. L'appétit est revenu; le sommeil est bon. Du côté de la tumeur abdominale, la canule pénètre de moins en moins; elle ne forme plus qu'un bouchon de 2 centimètres de long; nous la retirons et laissons la plaie se cicatriser. On ne sent plus dans l'abdomen qu'une tumeur inégale, de consistance très ferme, et se développant surtout à gauche. Quant à l'utérus, il représente toujours une masse fibreuse considérable; on ne peut songer à y pénétrer actuellement.

Pendant un an la malade, qui a repris en partie son travail, jouit d'une santé relative traversée par des malaises gastriques, de l'op-

pression quelquefois, des douleurs lombaires, etc., qui l'amènent chez moi de temps en temps. Durant cette période, je me borne à pourvoir chaque fois au soulagement du symptôme actuel. A l'occasion d'un affaiblissement de la vue, mon ami A. Desmarres m'a signalé l'existence probable d'une albuminurie qui existait en effet à un degré modéré, et qui céda au régime lacté en même temps que s'amélioraient les conditions de la vision.

Au début de 1880, la gêne pelvienne augmenta et devint de la douleur. Le toucher montrait épaissi, mou et fluctuant, le col qui, primitivement volumineux et dur, était devenu ensuite rudimentaire et tout à fait flasque.

Ici prend place un nouveau traitement, celui des kystes utérins dont le développement avait fait de grands progrès durant la première moitié de l'année 1880. Je m'y arrêterai un instant, parce qu'il m'avait conduit à une détermination que je regrette de n'avoir pas mise à exécution.

18 juin 1880. Galvanopuncture de l'utérus. Séance de 15 minutes pendant laquelle l'intensité du courant est portée progressivement de 10 à 50 milliampères. — Je ne m'arrête pas aux détails opératoires, sur lesquels je me suis étendu dans une leçon précédente, à l'occasion d'une malade opérée deux fois dans ce dispensaire. — Après l'opération, suivie d'un écoulement séreux continu, modérément abondant, la malade déjeune, dort et dîne bien. Après sa sieste, la malade s'est réveillée « dans un bain de siège ; » depuis, elle continue à perdre abondamment.

Le lendemain 19, je la trouve au travail, se disposant à partir pour la campagne.

L'écoulement continue, diminuant progressivement de quantité. Le ventre a diminué de volume, il remonte moins sur l'épigastre, les flancs sont dégagés; une douleur persistante de l'hypochondre droit est notablement soulagée.

24 juillet Gêne douloureuse depuis quelques jours dans le bas-ventre. Tumeur molle en arrière du col. Galvanopuncture; séance de 15 minutes; courant de 50 milliampères. Ecoulement immédiat abondant, diminuant petit à petit et ne cessant à peu près qu'au commencement de septembre. Le volume du ventre, qui a sensiblement diminué d'abord, recommence à s'accroître pendant les derniers jours d'août.

6 septembre. Troisième galvanopuncture utérine, dans les mêmes conditions, exécutée, en mon absence, par Apostoli.

16 octobre. Quatrième galvanopuncture.

5 décembre. Cinquième galvanopuncture. Cette dernière ne donne lieu à aucun écoulement. Nous n'avons pas pénétré dans un kyste, mais n'avons intéressé que le tissu utérin. L'opération est suivie d'une légère réaction fébrile qui n'empêche pas la nuit suivante d'être bonne, et dont il n'y a plus trace le lendemain.

Là s'arrêtent mes manœuvres sur l'utérus. Je crois qu'elles ont été avantageuses, indépendamment du soulagement immédiat qu'ont procuré les quatre premières et même du soulagement tardif qui a suivi la cinquième : nous ne retrouverons plus, en effet, du côté de l'utérus, qu'une tumeur fibreuse ferme ; c'est du côté de la tumeur ovarique que le développement des loges kystiques va maintenant reprendre sa marche progressive.

La façon relativement lente, facile, commode ajouterai-je, dont s'était effectuée l'évacuation continue des loges utérines me donnait la tentation d'essayer de vider par la même voie les kystes ovariques. Mais les tumeurs utérine et ovarique étaient distinctes; n'agirait-on pas d'une façon trop aventureuse en les intéressant toutes deux dans la ponction avec un long et fort trocart ? Des adhérences préalables entre elles me paraissaient tout à fait improbables; pouvait-on compter en créer de suffisantes pendant une séance de galvanocaustique exécutée sur des tissus gorgés de liquides et d'une vitalité bien restreinte?

D'autre part, attaquer par l'abdomen le kyste ovarique, dont le développement s'accentuait de plus en plus dans sa partie supérieure, me paraissait pouvoir renouveler les chances d'une suppuration dont nous n'avions traversé que bien péniblement le cours lors d'une opération antérieure.

Après avoir pesé ces considérations, je me décidai à attaquer les deux tumeurs à la fois par l'embrochement de l'utérus, subordonnant toutefois l'exécution de ce plan à l'avis de chirurgiens expérimentés, et décidé à ne le suivre que si l'ovariotomie était jugée impraticable. Je consultai donc successivement deux chirurgiens éminents qui se prononcèrent contre l'ovariotomie, au succès de laquelle ils ne croyaient pas en raison de la multiplicité et de l'étendue des adhérences. De son côté, la malade, qui désirait ardemment une opération radicale prenait l'avis de MM. Perier et Terrier avec qui j'acceptai de l'examiner le 12 février 1881.

Après une ponction qui donna 16 litres d'un liquide rendu opalin verdâtre par des paillettes de cholestérine, ces messieurs parurent hésiter à prendre une décision ; je n'en entendis plus parler.

En juillet seulement, j'appris que la malade avait été « opérée » le 15 avril, dans une maison de santé qu'elle avait quittée au bout de quelques semaines pour rentrer chez elle, où l'on avait envoyé continuer le pansement de la plaie abdominale et faire des injections sous-cutanées de morphine. Depuis quelques jours, les visites avaient cessé ; et, sachant l'intérêt que j'avais toujours pris à son état, elle me faisait prier de l'aller voir. Je m'y rendis le 10 juillet.

Une cicatrice incomplète de 12 centimètres de long donnait, par sa partie moyenne et par un de ses coins, issue à une suppuration abondante. Le volume du ventre était a peu près ce que je l'avais vu avant l'opération. Œdème douloureux de tout le membre inférieur gauche. Emaciation extrême. Face grippée.

La malade succombait trois jours après.

J'avais fait *in extremis* les prescriptions que j'eusse voulu pouvoir faire en temps utile : alimenter par tous les expédients possibles ; injections iodées dans la cavité qui fournissait la suppuration ; cesser absolument les injections de morphine ; calmer

par la faradisation humide de la totalité du membre gauche les douleurs dont il était le siège, favorisant en même temps la résorption de l'œdème.

Dans un autre cas, la cautérisation tubulaire fut pratiquée deux fois chez une femme dont les loges kystiques rendaient une sérosité verdâtre chargée de cholestérine.

Obs. XCV. — Il s'agissait d'une femme de quarante-cinq ans environ, ayant de grands enfants, petite, sèche, et qui eût offert toutes les apparences d'une bonne santé sans la tuméfaction de son abdomen, distendu par un kyste ovarique énorme. La circonférence abdominale mesurée un peu au-dessous de l'ombilic était de 156 centimètres; un peu plus bas, de 160.

5 aout 1881. Cautérisation tubulaire avec le gros et long trocart. La ponction faite à gauche, un peu au-dessous de l'ombilic, et dirigée de dehors en dedans et de bas en haut, donne issue à un liquide rendu opalin par de la cholestérine.

Le trocart retiré, je laisse écouler 2 litres environ de liquide avant d'introduire dans la canule le mandrin électrodique. Séance de galvanocaustique de 20 minutes par un courant dépassant 50 milliampères. Retrait du mandrin seul, jusqu'à écoulement de dix litres de liquide; retrait de la canule : l'écoulement continue dans les éponges dont on recouvre la plaie pour recueillir le liquide qui s'en échappe avec une certaine force.

Le 8 août, le liquide rendu, recueilli aussi bien qu'on a pu, représente un total de 50 litres environ. Le ventre est vidé à gauche, même en bas; la partie droite est encore distendue; on y sent au moins deux grandes loges. Les mensurations faites sont réduites de 156 à 121 et de 160 à 123.

L'écoulement par l'orifice fistuleux, laissé sans canule et simplement recouvert d'une éponge, ne s'arrête complètement que le 18.

27 août. Les mensurations donnent 121 et 130. Depuis le 8, il y a donc eu une petite augmentation vers le bas.

3 septembre Seconde cautérisation tubulaire, à droite. La ponction faite, je laisse écouler 10 litres de liquide, — pareil à celui de l'évacuation précédente, — avant d'introduire dans la canule le mandrin électrodique. Séance de 20 minutes avec un courant qui arrive à dépasser 70 milliampères. Après la séance, je laisse écouler 2 litres

de liquide avant de retirer la canule. L'écoulement continue en nappe, moins abondant qu'après la première ponction.

Le 7 septembre, la malade fait un excès de choux au lard. Indigestion. Pour aller à la garde-robe, elle est obligée de traverser une cour, ce qu'elle fait plusieurs fois dans la nuit, sans prendre la précaution de se vêtir. Appelé quelques jours après, je trouve un pneumonie double, à laquelle la malade finit par succomber le 27.

Vous avez pu remarquer, Messieurs, que la conduite tenue chez cette malade n'est pas exactement la même que chez la malade de l'observation précédente. Je vous rappellerai les différences des procédés opératoires en vous en indiquant les raisons, ou du moins en vous indiquant à quelles questions les modifications essayées avaient pour but de répondre.

1° Dans les premières cautérisations tubulaires, j'avais remplacé tout d'abord le trocart par un mandrin mousse, empêchant l'issue du liquide avant de faire agir le courant voltaïque. Mon but, en agissant ainsi, était de me servir du contenu liquide du kyste comme conducteur pour faire entrer dans le circuit toute la surface de la poche, dont j'admettais, — et admets encore, — que la vitalité devait être modifiée dans un sens qui pouvait favoriser la non-reproduction du liquide évacué. Je crois toujours cette précaution bonne pour les petites collections, mais admets volontiers qu'elle soit superflue lorsqu'il s'agit de loges renfermant plusieurs litres de liquide. Aussi ai-je, dans les ponctions de la dernière observation, laissé écouler, préalablement à la galvanisation, une fois deux litres et une autre fois dix litres de liquide. Je n'attache encore à cette variante aucune importance ; peut-être pourra-t-elle seulement, dans certains cas, renseigner sur la capacité de la poche ouverte et permettre, si celle-ci était faible, d'en attaquer une autre avant de faire agir le courant voltaïque.

2° Dans mes premières ponctions, j'avais tubé avec une canule de caoutchouc les puits creusés dans l'ovaire. Une première fois, cette précaution n'avait paru que commode pour pratiquer ensuite les injections iodées. Une seconde fois, la collection ou les collections ouvertes par le trocart ou consécutivement avaient suppuré. La présence de la canule, d'un corps étranger, n'avait-elle pû être pour quelque chose dans cette terminaison? Sans prétendre répondre à cette question, je crus intéressant de voir comment les choses se passeraient en l'absence de la canule, et je vis que la fistule se maintenait suffisante pour permettre l'évacuation lente et prolongée de quantités de liquide considérables. On peut donc, l'opération terminée, se contenter de maintenir humide l'orifice de la fistule : le kyste aura tout le temps de se débarrasser ensuite non seulement de son contenu actuel, mais du liquide qui pourrait s'y reformer.

Un point cependant n'a pas été examiné qui méritera de l'être, celui de savoir si les injections à faire par la suite ou si le passage de cathéters en vue d'ouvrir de nouvelles loges par des séances de galvanocaustique profonde, seront suffisamment faciles par une fistule non calibrée. C'est un point qu'il appartient à des tentatives ultérieures de décider.

3° Des accidents quelquefois graves, toujours inquiétants, se produisent assez fréquemment après la thoracentèse, accidents qu'on a attribués à la brusque décompression pulmonaire. Ces accidents peuvent se produire aussi après la rapide évacuation des collections abdominales. Reconnaissent-ils encore alors pour cause la brusque décompression thoracique? On l'a admis ; mais cette explication ne me satisferait pas complètement. Que la décompression thoracique soit un facteur important des phénomènes circulatoires qui s'observent alors, cela me paraît

incontestable ; mais d'autres conditions doivent intervenir, sans quoi l'on verrait, dans les ovariotomies, un grand nombre de femmes périr par syncope pendant l'opération, ce qui ne s'est guère observé que je sache.

Quoi qu'il en soit, l'évacuation rapide a ses dangers. Ceux-ci sont conjurés au moins en grande partie par la précaution d'établir la fistule par la cautérisation avant de vider la poche. Les avantages immédiats que présente cette manière de faire doivent-ils balancer les inconvénients qu'elle pourrait offrir quant à la marche ultérieure de la tumeur, à la facilité plus ou moins grande de reproduction du liquide évacué? C'est un point sur lequel je ne saurais me prononcer aujourd'hui, et qui ne peut être fixé que par la comparaison des résultats d'épreuves nombreuses. Chez la malade sujet de l'avant-dernière observation, l'évacuation de 16 litres de liquide détermina une dyspnée avec vertiges qui ne se dissipa qu'au bout de 48 heures. Chez le sujet de la dernière observation, 50 litres avaient été rendus en trois jours sans qu'aucun symptôme dyspnéique ou vertigineux se fût produit; il est vrai que les conditions d'état général n'étaient plus les mêmes.

L'exposé d'un procédé opératoire qui a été appliqué doit aboutir à des conclusions. A ce sujet, vous me permettrez d'être réservé : les faits sont trop peu nombreux pour que leur issue fâcheuse, bien qu'étrangère à l'opération, autorise autre chose que des impressions épisodiques.

Ainsi que je vous l'ai dit au commencement, je n'ai jamais prétendu poser la cautérisation tubulaire, employée à mettre les kystes ovariques en communication avec l'extérieur par une fistule permanente, en rivale de l'ovariotomie. Si quelqu'artifice

chirurgical doit un jour faire abandonner cette belle opération ou en restreindre le champ, il est encore à trouver.

C'est à titre de médication palliative ou d'expédient de nécessité que je vous ai présenté l'ovariostomie. Sur ce terrain, il y aurait lieu de la comparer à la ponction, suivie ou non d'injection. Malgré le peu d'épreuves à son actif, je crois mon opération préférable parce que son exécution me paraît comporter moins de dangers immédiats, et aussi, et surtout parce que ses ressources sont plus variées et peuvent s'échelonner sur telle période de temps qu'on voudra : bons ou mauvais, les résultats d'une ponction sont acquis en quelque minutes; ceux de l'ovariostomie sont modifiables et amendables pendant un mois et au delà.

Faut-il comprendre dans cet inventaire ce qu'on a appelé récemment les *Ovariotomies incomplètes*? — J'ai des raisons de fait de les considérer comme relevant le plus souvent d'un art tout autre que la chirurgie. Quand l'ovariotomie véritable, — celle qui enlève l'ovaire, — est impraticable, c'est aux palliatifs qu'il y a lieu de recourir, et non à une manœuvre qui fait courir à la malade des risques égaux au moins à ceux qu'entraîne l'opération curative, pour n'aboutir qu'à une ponction à grand spectacle.

La cautérisation tubulaire, permettant d'agir avec sécurité de façons variées, et d'adapter les moyens thérapeutiques aux indications pathologiques ne saurait être mise en parallèle avec cet expédient délicat à classer.

FIN

TABLE ALPHABÉTIQUE

D

E

FIN DE LA TABLE ALPHABÉTIQUE

TABLE DES SOMMAIRES

PREMIÈRE LEÇON

La thérapeutique gynécologique
Lésions simples de nutrition de l'utérus

DEUXIÈME LEÇON

L'engorgement utérin

TROISIÈME LEÇON

Lésions de situation et de forme : versions et flexions

SEPTIÈME LEÇON

Fibromes. Pathologie

HUITIÈME LEÇON

Fibromes utérins. Traitement de l'auteur

NEUVIÈME LEÇON

Fibromes utérins. Traitement électrique

DIXIÈME LEÇON

Hystéropathies locales

ONZIÈME LEÇON

Des hémorrhagies utérines

DOUZIÈME LEÇON

Cathétérisme utérin. — Obstructions de l'orifice cervical interne

TREIZIÈME LEÇON

Hystérie. — Formes paralytiques

QUATORZIÈME LEÇON

Hystérie. Formes hyperismiques

QUINZIÈME LEÇON

Hystérie. Formes convulsives

SEIZIÈME LEÇON

Hystérie. Nature et traitement

DIX-SEPTIÈME LEÇON

Diathèses. L'arthritisme chez la femme

VINGT-UNIÈME LEÇON

Ovariostomie

FIN DE LA TABLE

1785 — Tours, imp. Rouillé-Ladevèze, rue Chaude, 6.

LEÇONS CLINIQUES

SUR LES

MALADIES DES FEMMES

THÉRAPEUTIQUE GÉNÉRALE

ET

APPLICATIONS DE L'ÉLECTRICITÉ A CES MALADIES

PAR

Le Dr A. TRIPIER

LÉSIONS SIMPLES DE NUTRITION DE L'UTÉRUS
LÉSIONS DE SITUATION ET DE FORME : VERSIONS ET FLEXIONS
TUMEURS FIBREUSES. — MÉDICATIONS INTRA-UTÉRINES
HYSTÉROPATHIES LOCALES. — THÉRAPEUTIQUE ÉLECTRIQUE
HÉMORRHAGIES. — HYSTÉRIE. — ARTHRITISME
L'ÉLECTRICITÉ EN OBSTÉTRIQUE. — OVARIOSTOMIE

Avec figures dans le texte

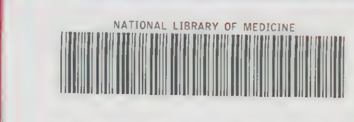


PARIS
OCTAVE DOIN, ÉDITEUR
8, PLACE DE L'ODÉON, 8
1883

—



1785 — Tours, imp. Rouillé-Ladevèze, rue Chaude, 6.


NATIONAL LIBRARY OF MEDICINE
NLM 00580146 8